

APERÇU CLINIQUE

SUR LES PRINCIPALES MALADIES OBSERVÉES

A LA

CLINIQUE DES ENFANTS

DE LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY, PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1892-1893

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Jeudi 8 Février 1894

PAR

Emile FISCHER

INTERNE A LA CLINIQUE DES ENFANTS (1892-1893)

INTERNE A LA CLINIQUE DES VIEILLARDS (1893-1894)

Né le 13 juin 1869, à Rosheim (Alsace)

Examineurs: { MM. SPILLMANN, président.
BERNHEIM, professeur.
SIMON, agrégé.
P. PARISOT, agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE G. CRÉPIN-LEBLOND, PASSAGE DU CASINO

1894

APERÇU CLINIQUE

SUR LES PRINCIPALES MALADIES OBSERVÉES

A LA

CLINIQUE DES ENFANTS

DE LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY, PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1892-1893

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Jeudi 8 Février 1894

PAR

Emile FISCHER

INTERNE A LA CLINIQUE DES ENFANTS (1892-1893)

INTERNE A LA CLINIQUE DES VIEILLARDS (1893-1894)

Né le 13 juin 1869, à Rosheim (Alsace)

Examineurs: { MM. SPILLMANN, président.
BERNHEIM, professeur.
SIMON, agrégé.
P. PARISOT, agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE G. CRÉPIN-LEBLOND, PASSAGE DU CASINO

1894

FACULTÉ DE MEDECINE DE NANCY

Doyen : M. HEYDENREICH I O.

Doyens honoraires : MM. STOLTZ C *, I O, TOURDES O *, I O.

Professeurs honoraires : MM. STOLTZ C *, I O, TOURDES O *, I O. COZE *, I O,

V. PARISOT *, I O, HERRGOTT *, I O, HECHT *, I O, BEAUNIS *, I O.

Clinique médicale.....	M. BERNHEIM *, I O, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. GROSS, I O, professeur.
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER, I O, professeur.
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, I O, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. HEYDENREICH, I O, professeur.
Pathologie externe.....	M. WEISS, I O, professeur.
Chimie médicale et toxicologie....	M. GARNIER, I O, professeur.
Clinique médicale.....	M. SPILLMANN, I O, professeur.
Clinique obstétricale et Accouche- ments.....	M. A. HERRGOTT, I O, professeur.
Médecine légale.....	M. E. DEMANGE, I O, professeur.
Hygiène.....	M. MACÉ, A O, professeur.
Thérapeutique et Matière médicale....	M. SCHMITT, A O, professeur.
Anatomie pathologique.....	M. BARABAN, I O, professeur.
Anatomie descriptive.....	M. NICOLAS, A O, professeur.
Histoire naturelle médicale.....	M. VUILLEMIN, chargé du cours.
Histologie.....	M. PRENANT, agrégé, chargé du cours.
Pathologie gén. et Pathologie interne.	M. SIMON, A O, agrégé, chargé du cours.
Physiologie.....	M. RENÉ, A O, agrégé, chargé du cours.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies mentales.....	M. LANGLOIS *, A O, chargé du cours.
Clinique des maladies des yeux.....	M. ROHMER A O, agrégé libre, chargé du cours.
Clinique des maladies des vieillards...	M. P. PARISOT A O, agr., ch. du cours.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	M. VAUTRIN, A O, agrégé, ch. du cours.
Clinique des maladies des enfants.....	M. HAUSHALTER, agrégé, chargé du cours.
Accouchements.....	M. REMY, A O, agrégé, chargé du cours.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. GUÉRIN, A O.
RENÉ, A O.
VAUTRIN A O.

MM. SIMON, A O.
REMY, A O.
P. PARISOT, A O.

MM. HAUSHALTER.
FÉVRIER.
PRENANT.

AGRÉGÉS LIBRES: MM. SCHLAGDENHAUFFEN, *, I O, ROHMER, A O.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS, O, A O, Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

Témoignage d'affectueuse reconnaissance

A MON FRÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR SPILLMANN

A M. LE PROFESSEUR BERNHEIM

A MM. LES PROFESSEURS AGRÉGÉS SIMON ET P. PARISOT

A TOUS MES MAÎTRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Hommage respectueux

PRÉFACE

Pendant notre internat à la clinique des maladies de l'enfance, dirigée par M. le Professeur agrégé Simon, notre maître nous conseilla de présenter comme thèse inaugurale le compte rendu annuel de la clinique. Pour mener à bonne fin un travail aussi long, il nous eût fallu à la fois plus de temps et plus d'expérience. Nous nous sommes donc contenté de mettre en lumière les particularités les plus intéressantes observées chez nos petits malades. L'ordre que nous avons suivi est le suivant : les maladies infectieuses, puis les maladies des différents appareils ; à propos de chaque maladie, nous avons approfondi soit un symptôme, soit une complication ; nous avons vu nos propres remarques confirmer le plus souvent les données des classiques.

Pour terminer, nous avons cru intéressant de faire un tableau des maladies soignées dans le service pendant l'année scolaire 1892-1893. Enfin, avant d'entrer dans le sujet, nous avons essayé de faire l'histoire de la clinique des enfants à Strasbourg et à Nancy.

Mais, tout d'abord, nous offrirons à notre président de thèse, M. le Professeur Spillmann, l'expression de notre

vive reconnaissance pour la bienveillance qu'il nous a montrée, principalement pendant le semestre d'externat passé dans son service.

Qu'il nous soit permis aussi de remercier publiquement M. le Professeur agrégé P. Simon et pour tous les bons conseils qu'il nous a prodigués dans le cours de ce travail, et pour la bienveillante amitié qu'il a eue pour nous pendant notre année d'internat.

M. le doyen honoraire Tourdes nous permettra également de le remercier des excellents renseignements qu'il nous a fournis pour l'histoire de la clinique des enfants à Strasbourg. Nous adresserons aussi nos témoignages de reconnaissance à M. le Professeur honoraire V. Parisot, pour la bonté avec laquelle il nous a indiqué tous les détails sur la création de la clinique des enfants à Nancy, et à M. le Professeur agrégé P. Parisot pour la bienveillance qu'il nous prodigue journellement depuis que nous sommes attaché à la clinique des vieillards.

INTRODUCTION

La Clinique des maladies des enfants à Strasbourg et à Nancy

« La Faculté de Strasbourg, disait M. Tourdes (1) en novembre 1846, a eu la première, l'honneur de comprendre dans son enseignement officiel cette branche importante de la clinique médicale. » L'hôpital civil de Strasbourg possédait depuis de longues années une salle d'enfants malades, annexée au service d'accouchements. En novembre 1837 on en détacha cette salle, qui fut confiée au docteur V. Stœber, pour servir à l'enseignement des maladies des enfants. « Le service comprenait alors une salle divisée en deux parties, l'une de 14 lits, destinée aux filles et aux petits enfants; la seconde de 6 lits, destinée aux garçons. Des salles spéciales aux enfants affectés de gale et de teigne furent réunies à cette jeune clinique de l'enfance » (Stœber) (2). La Faculté de Strasbourg possédait donc dès l'année

(1) G. Tourdes : Clinique des maladies des enfants, du 19 décembre 1844 au 19 décembre 1846, in *Gazette médicale de Strasbourg* (année 1846).

(2) V. Stœber : la Clinique des maladies des enfants de la Faculté de Strasbourg, de 1837 à 1840, in *Gazette médicale de Strasbourg* (année 1841).

1837 une clinique infantile fonctionnant régulièrement, alors qu'il n'en était pas encore question dans les autres facultés.

Quand la Clinique fut créée, elle ne renfermait que 7 malades. Le nombre des malades soignés en l'année scolaire 1837-1838 fut de 82, et monta l'année suivante à 111. Cet état de prospérité de la clinique naissante alla en augmentant. Le service des enfants malades, devenu clinique prit un développement considérable. A ce moment M. Tourdes en devenait titulaire ; il le garda jusqu'en 1871. La clinique (1), de novembre 1844 à novembre 1846, se composait de 2 divisions dans 2 bâtiments séparés : la première division pour les maladies internes et chirurgicales se composait de 22 lits, plus 2 cabinets de 5 à 6 lits pour les maladies contagieuses ; la seconde division comprenant les affections cutanées, était affectée à 15 malades, 425 malades furent traités pendant cette période de 2 ans.

En novembre 1846, les deux divisions furent réunies dans le même bâtiment. « Les maladies internes (2) et chirurgicales sont au premier étage de la maison dont le rez-de-chaussée est occupé par les affections de la peau. Deux salles contiguës contenant l'une 10 lits, l'autre 12, sont précédées d'un corridor fermé qui peut servir de réfectoire. L'aération est facile. Au rez-de-chaussée, une salle de 6 lits a été ajoutée à la division des maladies cutanées. » Dernièrement M. Tourdes nous rappelait avec plaisir que la Clinique des Enfants possédait à ce moment une

(1) *Loc. citat.*

(2) *Gazette de Strasbourg, loc. citat.*

belle cour, un jardin très agréable avec appareils de gymnastique à l'usage des convalescents. Dès cette époque, il y eut une consultation gratuite pour les enfants et de plus notre doyen honoraire avait le droit de délivrer gratuitement des médicaments aux indigents. On avait encore adjoint à ce petit service des lits supplémentaires, de sorte que le nombre des enfants présents put atteindre le chiffre de 45.

En juillet 1848, M. Tourdes faisait encore remarquer la prospérité de la Clinique : 327 malades furent traités pendant l'année 1847. Cette prospérité ne fit que s'accroître jusqu'à la malheureuse guerre de 1870-1871, époque à laquelle la Faculté française perdit le fruit de tant de travaux, car lors de son transfert à Nancy, elle fut encore de longues années avant de posséder une Clinique de maladies des Enfants.

C'est le 1^{er} octobre 1872 que la Faculté de médecine fut transportée à Nancy. Tout était à faire, les bâtiments de l'ancienne école de médecine étaient insuffisants. Cependant l'on parvint assez vite à tout organiser provisoirement. Mais le professeur Coze (1) remarquait avec regret qu'il manquait une clinique des maladies de l'enfance. Même remarque était faite dans le compte-rendu de la situation de la Faculté de médecine en 1872-1873, par M. le doyen Stoltz (2). « Nous n'avons toujours pu obtenir de clinique des maladies des enfants, disait encore le doyen en 1876 (3). »

(1) La Faculté de médecine, in *Revue médicale de l'Est* (année 1874), tome I^{er}.

(2) *Revue médicale de l'Est* (année 1875), tome II.

(3) *Id.* (année 1876), tome I^{er}.

La situation persiste, et, en 1880, M. le doyen Tourdes constate (1) qu'« une seule de ces cliniques complémentaires ne peut être organisée en ce moment, c'est celle des maladies des enfants, aucun local n'ayant pu encore être mis à notre disposition ; l'établissement de cette clinique est d'ailleurs prévu dans le grand hôpital actuellement en construction, mais nous pouvons espérer que les difficultés seront levées avant l'époque où la Faculté entrera en possession des nouveaux services. »

Les enfants malades étaient recueillis dans les cliniques médicales. Le service des affections chroniques scrofuleuses et cutanées de la Maison de secours, confié à M. le professeur agrégé Hergott, admettait aussi un grand nombre d'enfants. Enfin, dans le compte-rendu de l'année 1884-1885 (2), M. le doyen Tourdes nous annonçait un nouveau progrès : « Nous émettons le vœu qu'une clinique des maladies des enfants vienne compléter bientôt le cadre de notre enseignement clinique. Un de nos agrégés, M. Schmidt est chargé en ce moment des conférences sur les maladies infantiles, auxquelles se joignent des consultations trois fois par semaine, à l'hôpital civil. Le nombre des enfants qui y sont apportés, 12 en moyenne par jour, est suffisant pour donner de l'intérêt aux séances. »

En 1887, M. le professeur agrégé P. Simon fut désigné pour faire ces conférences et ces consultations, mais malheureusement il n'avait encore comme clinique que l'ancien service de M. le professeur Hergott à la Maison

(1) *Revue médicale de l'Est* (année 1880).

(2) *Id.* (année 1885).

de secours, où, comme nous l'avons dit, le règlement n'admettait guère que des maladies chroniques.

Enfin, en 1890, en attendant l'élévation d'un pavillon spécial, on proposa d'affecter deux salles à ce service. Mais il fallait des crédits supplémentaires pour de nouveaux lits. M. V. Parisot, professeur de la Faculté et membre du Conseil municipal, se chargea de proposer le vote de ces crédits. Il exposa au Conseil municipal l'utilité d'une salle spéciale pour soigner les enfants et fit ressortir qu'il était plus moral, surtout pour les convalescents, de les voir séparés des adultes.

La cause était gagnée. A la fin de 1890, deux salles furent ouvertes à l'hôpital civil pour les maladies infantiles. M. P. Simon fut chargé de ce service, ainsi que de plusieurs salles à la Maison de secours, où étaient admis les enfants atteints de maladies chroniques (180 environ par an). Jusqu'en 1890, la consultation externe était fréquentée par 700 malades qui ne recevaient forcément que des soins incomplets. Dès lors 1,000 enfants fréquentèrent la consultation, et le chiffre des entrées du seul service de l'hôpital civil monta rapidement de 277 en 1891, à 387 en 1892. Enfin, durant l'année scolaire 1892-93, 1,500 enfants se sont présentés à la consultation externe, sans compter 400 malades qui furent soignés dans les salles.

Actuellement la clinique des maladies de l'enfance à la Faculté de Nancy dispose d'environ 100 lits, 75 à la Maison de secours, 25 à l'hôpital civil. A l'hôpital civil, les enfants sont installés dans deux salles provisoirement aménagées, en attendant son établissement définitif dans

un vaste institut qui est sur le point d'être inauguré et qui réunit toutes les conditions désirables au point de vue de l'hygiène des malades et de l'enseignement des élèves.

CHAPITRE PREMIER

Maladies infectieuses

1. — FIÈVRE TYPHOÏDE

Etiologie, âge, sexe. — Nous avons observé 45 cas de fièvre typhoïde. L'étiologie ne nous a rien présenté de spécial ; de même au point de vue de la contagion, nous n'avons pas eu à noter de cas d'infection chez nos petits malades couchés dans les lits voisins de nos dothiënentériques.

Relativement à l'âge, nos malades se répartissent de la façon suivante :

A l'âge de 17 mois....	1 cas.
De 2 à 3 ans.....	3 »
De 4 à 5 ans.....	9 »
De 7 à 9 ans.....	7 »
De 9 à 11 ans	8 »
De 11 à 12 ans 1/2.....	17 »

Ce tableau pourrait nous porter à admettre l'opinion de Parrot, qui n'a jamais observé de cas authentique avant

l'âge de 6 mois. Mais à la clinique des enfants, le règlement nous interdit d'admettre les malades au-dessous d'un an, sauf dans les cas particulièrement graves ou intéressants. Cependant notre maître, M. le professeur agrégé P. Simon a été assez heureux pour observer deux cas de fièvre typhoïde suivis tous deux d'autopsie, l'un chez un enfant de 2 mois, l'autre chez un enfant de 5 mois. Ces observations (1) paraissent assez concluantes pour faire admettre la fièvre typhoïde chez les enfants du premier âge.

Contrairement à l'opinion la plus répandue, sur 45 cas nous comptons 15 garçons et 30 filles, M. Vouillemin (2) compte aussi 15 garçons pour 21 filles. La fièvre typhoïde serait donc plus fréquente chez les filles que chez les garçons.

Fièvre. — Comme on le sait, la fièvre se comporte à peu de chose près, de la même façon, chez l'enfant que chez l'adulte; le premier supporte bien plus facilement que le second, des températures élevées.

1° POULS. — Le pouls est caractérisé par la rapidité, la régularité et le dicrotisme. D'après Cadet de Gassicourt, Barthéz et Sanné, les plus jeunes enfants ont de 160 à 180 pulsations, les plus âgés de 100 à 140, tel a été aussi le résultat de nos observations.

(1) *Annales de la clinique des Enfants*, par P. Simon, publiées dans la *Revue médicale de l'Est* (année 1893).

(2) *Thèse* 1892, Nancy.

2° TEMPÉRATURE. — La température ne présente pas une régularité typique ; le type régulier classique de Wunderlich comprend une période d'oscillations ascendantes (de 5 à 6 jours), une autre d'oscillations stationnaires (de 9 à 22 jours) divisées en courtes et longues, puis une période d'oscillations descendantes. La courbe thermique résumant le mieux les tracés de nos différentes observations représente plus ou moins nettement les trois côtés supérieurs d'un trapèze. Chantemesse s'était déjà exprimé en ces termes, en étudiant la température dans la fièvre typhoïde.

A) *Période d'augment.* — Par le fait de l'arrivée tardive de nos malades dans le service, nous n'avons rien observé de particulier dans la température pendant cette période.

B) *Période d'état.* — C'est elle surtout qui fait le caractère de l'affection. Elle commence ordinairement dans la seconde partie du 1^{er} septenaire et dure 1 à 3 septenaires, suivant que l'évolution continue ou cesse d'être régulière, la maladie revêt une forme bénigne ou grave. D'après l'étude de cette courbe thermique, M. Bernheim (1) a établi les types suivants : 1° un type à évolution régulière constante ; 2° un second type dont l'évolution cesse d'être régulière le 3^{me} septenaire.

1) *Type régulier.* — Dans ce type nous classerons 12 cas dans lesquels la défervescence s'est opérée du 10^e au 13^e jour, 8 autres cas ont présenté une durée un peu plus longue. Trois fois nous avons constaté la perturbation critique de M. Bernheim, autrement dit une ou deux

(1) *Leçon de clinique médicale*, Paris, 1877.

élévations insolites de la température avant la défervescence complète. Une autre variété de type régulier est représentée par des défervescences du 20^e ou 21^e jour, nous avons 14 cas à ranger dans cette catégorie. Une fois nous avons observé la défervescence du 27^e jour dans une forme à type régulier.

2) *Type irrégulier.* — Dans ces tracés nous voyons la température tout en baissant pendant la 3^e semaine, rester cependant élevée avec de faibles rémissions matinales, quelquefois jusqu'à la 4^e semaine. Ainsi par exemple chez notre petite malade, qui ne fit sa défervescence complète que le 35^e jour, nous avons constaté dès le 21^e jour une tendance à la défervescence. Sa température qui avait oscillé dans les environs de 39° pendant quelques jours, après avoir déjà été à 40°, tombe subitement à 37,7; mais elle remonte bientôt au-dessus de 38° et après quelques oscillations ascendantes atteint 39° le 28^e jour et 39,5 le 33^e jour.

A) *Formes prolongées. — Rechutes.* — L'examen de ces types irréguliers nous amène tout naturellement à parler de ces formes prolongées si bien étudiées par Cadet de Gassicourt. Nous allons citer deux exemples :

Observation I (Personnelle, inédite) (1)

Marthe A..., 7 ans et demi, entre le 22 juillet se plaignant de

(1) Voir planche n° 1, tracé 1.

maux de tête et de ventre, de douleurs dans les membres. Elle n'a plus eu d'appétit il y a 8 jours et s'est alitée. Délire depuis 4 jours. La dyspnée est forte. La langue et les lèvres sont sèches et fuligineuses. T. $\frac{40^{\circ}}{39,8}$. Pouls $\frac{138}{126}$. La peau est brûlante et sèche. Elle n'a pas de selles. Sibilances et rhonchus en avant. Sonorité moindre dans la fosse sus-épineuse droite, respiration soufflée et râles sous-crépitaux très fins à l'inspiration. — 24 juillet : Une selle ce matin, quelques taches rosées. — 25 juillet : T. $\frac{39,5}{38^{\circ}}$. Pouls $\frac{140}{130}$. Elle ne comprend pas ce qu'on lui dit. Elle a des sueurs froides. Urines et selles involontaires. Râles sous-crépitaux dans la fosse sus-épineuse droite. — 26 juillet : T. $\frac{40^{\circ}}{38^{\circ}}$. Pouls $\frac{140}{135}$. Abattement. Somnolence. Pas de délire. — 28 juillet : T. $\frac{39,2}{38,5}$. Pouls $\frac{145}{125}$ faible, irrégulier. 2 selles diarrhéiques involontaires. Hier aurait eu de forts accès de dyspnée. Encore quelques taches rosées. — 29 juillet : L'enfant répond aux questions, n'a pas de diarrhée. Langue humide mais sale. Demande à manger. N'a plus de taches rosées, ni de diarrhée. Quelques râles aux bases. Il se forme des abcès dans le cuir chevelu. — 3 août : T. $\frac{37,8}{37^{\circ}}$. Selles et urines involontaires. Délire encore un peu. Langue humide. — 4 août : Lèvres fuligineuses. Langue saburrale. L'enfant a été agitée hier soir. T. $\frac{39^{\circ}}{38^{\circ}}$. Pouls petit mais régulier $\frac{126}{118}$. Encore quelques taches rosées ; une selle à la suite d'un lavement. — 5 août : Agitée cette nuit ; a eu des hallucinations. — 6 août : Est plus tranquille la nuit. Langue humide mais saburrale. T. $\frac{38,1}{37,5}$. Pouls faible, petit $\frac{122}{110}$. N'a pas d'appétit. — 7 août : Même état. Délire encore un peu. Selles et urines involontaires. — 9 août : Selles et urines involontaires. T. $\frac{37^{\circ}}{36,6}$. N'a pas de diarrhée. Le mieux persiste, mais le 17 août elle a 38,3 de température le soir et alors apparaissent une multitude de furoncles. Pouls 120. Enfin les jours suivants elle opère sa défervescence.

Nous sommes en présence d'une forme lente à dépression moyenne. Ainsi la courbe thermique a baissé du 15° au 21° jour pendant six jours pleins. Mais au moment où l'on croit entrer en convalescence la température remonte

à 39° ; cette recrudescence de fièvre coïncide avec l'accentuation des symptômes qui redoublent. Puis la courbe thermique tend à descendre. Mais après avoir été normale, hyponormale même, elle atteint subitement 38,5 le 34^e jour de la maladie. La défervescence s'opère réellement le 42^e jour. Nous avons donc une rechute dans cette seconde partie du tracé.

Le trait dominant de la période de dépression dans la forme prolongée est son caractère incertain. « Seulement cette incertitude est plus grande dans la forme lente à dépression moyenne et moindre dans la forme à rechute, où la période intermédiaire se confond tout à fait avec la convalescence par l'abaissement complet et continu de la température. » (Cadet de Gassicourt.) Nous définirons donc la rechute une manière d'être de la maladie, non un accident contrairement aux définitions données par Lorain, Constantin Paul, Littré et Robin. Avec la rechute reparaissent la diarrhée et les taches rosées. 4 rechutes se sont présentées parmi nos 45 cas de fièvre typhoïde.

Dans l'observation II suivie d'autopsie nous avons un type de forme lente continue caractérisée par une marche oscillante incertaine s'avancant « d'un même pas tantôt plus lent, tantôt plus rapide » (Cadet de Gassicourt) jusqu'à la terminaison fatale.

Observation II (Personnelle, inédite) (1)

Céline M..., 7 ans, malade depuis 8 jours (maux de tête et de

(1) Voir planche II, tracé n° 2.

gorge, a mouché du sang, a de la diarrhée depuis 3 jours. Elle entre le 19 juin : langue sèche, lèvres fuligineuses. T. 39°. A déliré la nuit. Selle involontaire ce matin. Ventre ballonné. Pas de taches rosées bien nettes. Bases sonores mais quelques râles muqueux. — 20 juin : Selles très fétides involontaires. A vomi hier. Très agitée. T. $\frac{39}{39,6}$. Pouls $\frac{136}{137}$. — 21 juin : Pouls 140. T. $\frac{39,7}{39}$. Quelques taches rosées. 3 selles diarrhéiques. Langue sèche et noire, fuligineuse. Respiration nette. — 22 juin : Selles noires. Diarrhée moins abondante. Délire toujours. Carphologie. T. $\frac{38,6}{38,4}$. Pouls $\frac{144}{120}$. Somnolence. Taches rosées nombreuses. — 23 juin : Une selle diarrhéique volontaire. Urines involontaires. T. $\frac{39,9}{38}$. Pouls 138. — 24 juin : Ne délire plus ; facies hébété ; selles volontaires. Pouls petit, 136 T. $\frac{38,9}{38,7}$. — 28 juin : A pris 4 jours consécutifs des bains tièdes, mais la température est restée à 39°. Langue moins chargée ; ventre un peu ballonné ; selles peu abondantes ; râles muqueux aux bases.

3 juillet : Petite eschare commençant au sacrum ; 4 selles diarrhéiques, très fétides, involontaires ainsi que les urines. — 4 juillet, même état ; crie beaucoup la nuit et le jour ; Véritables cris hydrencéphaliques. T. $\frac{38,6}{38}$.

10 juillet. — Pouls imperceptible ; râles sous crépitants aux deux bases ; 10 selles diarrhéiques involontaires. T. 38,8. Pouls 120. Meurt dans l'après-dîner.

AUTOPSIE. — Vaste eschare sacrée de 5 cm. de long sur 3 cm. de large. Quelques vésicules d'emphysème au sommet droit et adhérences pleurales de ce côté. Lobe supérieur du poumon droit congestionné, de même que les lobes inférieur et moyen. Lobe supérieur du poumon gauche pâle, lobe inférieur congestionné, un noyau de splénisation. Du pus sort des bronches. Pas d'épanchement dans le péricarde, adhérences péricardiques anciennes vers la pointe du cœur ; tissu du cœur assez ferme. Foie décoloré, volumineux. Rate, 8 cent. de long sur 8 cent. de large, ferme. Estomac dilaté, assez vasculaire, pas d'ulcération. Intestin fortement vascularisé dans une étendue de 1 mètre au-dessus de la valvule. On compte seulement cinq ulcérations folliculaires, dont l'une arrive jusqu'à la tunique musculieuse. Au-dessus,

vascularisation sans ulcération. Dans le gros intestin, quelques follicules ulcérés. Ulcération volumineuse au niveau de la valvule.

B) *Stade amphibole*. — Nous devons une mention spéciale au stade amphibole signalé par Wunderlich (1) et M. Bernheim (2). Avec Barthez et Sanné, nous le définirons un assemblage de deux températures très élevées séparées par une température plus basse, d'où, pour le tracé qui en résulte, l'aspect d'une arcade déprimée par le milieu. Sa durée est de trois jours au minimum. Nous en avons observé 5 tracés (3). Ce stade est bien localisé après la période de complet développement avant celle de décroissance certaine, ainsi que nous l'ont enseigné M. Bernheim et Wunderlich. Le tracé n° 3 nous donne un stade amphibole du 15° au 17° jour et la défervescence commence à s'opérer le 18° jour. Le tableau n° 4 présente cette irrégularité du 21° au 23° jour et, dès le 25°, nous constatons la défervescence. Enfin le stade amphibole du tracé n° 6 apparaît du 16° au 18° jour et la température tombe le 20° jour. Wunderlich avait donc raison de dire que le stade amphibole est une période d'hésitation.

Ce stade a-t-il une signification pronostique grave ? Homolle, Picot et d'Espine, Wunderlich et M. Vouillemin répondent affirmativement. Tel n'est pas l'avis de Cadet de Gassicourt qui prétend l'avoir rencontré le plus souvent dans les cas bénins. Pour Barthez et Sanné « la signification de cette singularité thermique paraît

(1) Température dans les maladies.

(2) *Leçons de clinique médicale*, Paris, 1877.

(3) Voir planche II, tracé n° 3, 4, 5 et 6.

nulle, bien qu'on en ait fait l'apanage des cas graves. On peut la rencontrer dans les cas bénins, comme elle peut fort bien manquer dans certains cas graves ». Quant à nous, les tracés 3, 4 et 6 sont ceux de fièvres typhoïdes assez graves et le tracé 5 appartient à une enfant dont l'affection, sans être bénigne, a eu une évolution assez lente. Le tracé 2 d'une fièvre grave à forme lente continue nous donne aussi un stade amphibole du 11^e au 14^e jour.

Nous concluerons donc que ces irrégularités thermiques se rencontrent particulièrement dans les formes graves, et avec M. Bernheim, nous expliquerons leur apparition à la fin du 3^e septenaire, en disant que cette époque est ordinairement celle des complications.

C) *Défervescence*. — Dans tous nos tracés, nous avons constaté la défervescence en lysis, caractérisée, ainsi que le dit Wunderlich, par des rémissions matinales et de petites exacerbations du soir, de façon que dans l'espace de 6 à 10 jours, la température se rapproche en zigzags de l'état normal.

Ainsi que M. Vouillemin, nous n'avons pas eu de défervescence brusque, bien que Baginski l'ait signalée.

3^e *Type, fièvre abortive*. — M. Bernheim nous donne un 3^e type accessoire, qui comprend la fièvre typhoïde abortive. Avec Jürgensem, Griesinger, Laveran, notre maître admet exclusivement comme fièvre typhoïde abortive, une maladie à début brusque d'une durée de 4 à 16 jours; l'affection peut être soit grave, soit légère, mais les symptômes avortent. Nous avons observé 8 cas sur nos 43

malades, mais le début ne nous a paru brusque dans aucun cas.

Formes. — A) *Formes légères.* — La forme la plus fréquente a été la forme légère, d'une durée moyenne de 18 à 25 jours. Nous l'avons observée 18 fois sur 45 cas. Dans ces formes, tous les symptômes existent, mais sont modérés; ordinairement on n'observe que peu ou pas d'accidents du côté du système nerveux. Avec Rilliet et Barthez, nous faisons rentrer dans les formes légères, ces variétés dites muqueuse et bilieuse.

B) *Formes abdominales.* — Dans trois cas, l'abdomen a été particulièrement frappé : l'un des malades avait une diarrhée rebelle, ses selles étaient fétides. Durant 7 jours de sa maladie, il eut une moyenne de 5 à 7 selles dans les 24 heures, cet état ne céda à aucune médication. Le septième jour il eut un peu de répit, mais la diarrhée au bout de 2 jours s'établit encore pour un espace de 4 jours. Ajoutons à cela des douleurs intenses du côté de l'abdomen. Nos deux autres malades présentèrent à peu près les mêmes symptômes, mais plus atténués.

C) *Formes thoraciques.* — Huit de nos malades ont eu l'appareil respiratoire particulièrement atteint. Six eurent de la broncho-pneumonie, un autre de la pneumonie, et un dernier de la pleurésie. Nous étudierons plus en détail ces différentes complications dans le chapitre des symptômes.

D) *Formes nerveuses.* — Ces formes sont caractérisées

par l'intensité plus grande des symptômes, et les accidents de l'appareil nerveux dominant. Cette variété comprend des fièvres typhoïdes à prédominance soit ataxique, soit adynamique, soit ataxo-adynamique, soit cardiaque.

L'observation II, que nous avons déjà citée, peut servir d'exemple de forme ataxo-adynamique. En effet, le malade a présenté de la stupeur, de l'abattement, de la mollesse du pouls, des escarres au sacrum, mais à un moment donné, il a eu également des hallucinations, du délire, et une vive agitation.

La forme adynamique, caractérisée par une prostration considérable et persistante, délire, surdité, urines et selles involontaires, s'est manifestée dans trois cas. L'observation suivante en est un exemple.

Observation III (Personnelle, inédite)

Hortense C..., 9 ans 1/2, entre le 10 janvier, après avoir eu depuis 4 jours des maux de tête et de ventre, de la diarrhée, de l'inappétence et même du délire la nuit dernière. Abattement général, décubitus dorsal, lèvres fuligineuses, langue chargée, jaunâtre, à bords rouges. Etat de somnolence. Répond difficilement. Ventre sensible dans la fosse iliaque droite. Diarrhée. Quelques taches rosées. T. $\frac{40}{39,2}$. — 12 janvier : T. $\frac{40,4}{39,4}$. Pouls 144. Battement des ailes du nez. Dyspnée assez vive. Délire. Une selle non diarrhéique à la suite de deux lavements. Langue dépouillée de son épithélium, rouge. Ventre souple et paraît un peu sensible. Taches rosées assez nombreuses, surtout à la base du thorax. Râles sous-crépitaux fins aux deux bases ; sibilances des deux côtes en avant. Comprend bien les questions. Bruits du cœur nets mais tumultueux. Incontinence d'urine et de matières fécales. La rate s'étend de

haut en bas dans les 9°, 10° 11° et 12° espaces intercostaux. Cyanose de la face très marquée. — 13 janvier: T. $\frac{39,8}{38,5}$. Pouls $\frac{160}{140}$. Intelligence nette. Assez calme la nuit. Ventre très souple. Nombreuses taches rosées. Pas de diarrhée, mais une selle demi-liquide. Urines involontaires. Matité dans les trois derniers espaces à droite, dans les deux derniers à gauche. Respiration souflée avec quelques râles sous-crépitaux dans les fosses sus et sous-épineuses droites. Respiration obscure à la base. Râles muqueux à gauche, depuis l'angle de l'omoplate. Quelques râles muqueux sous la clavicule droite. — 14 janvier: Pouls $\frac{140}{128}$. T. $\frac{39,2}{38}$. Langue sèche, lèvres fuligineuses. Selles et urines involontaires. Intelligence nette. Mêmes constatations de l'appareil respiratoire. — 16 janvier: T. $\frac{39,5}{38,7}$. Pouls $\frac{140}{130}$. Langue humide. Ventre souple. Intelligence nette. — 17 janvier: Même état. Pouls $\frac{135}{120}$. T. $\frac{39,6}{38}$. Rate volumineuse s'étend de la partie supérieure du 8° espace jusqu'au dessous du 12°, et en avant affleure le bord des fausses côtes. — 22 janvier: Langue et lèvres nettes. Pouls $\frac{120}{110}$. T. $\frac{38,9}{37,8}$. Quatre selles diarrhéiques. N'a plus de taches rosées. — 24 janvier: A encore de la diarrhée. A pris un œuf hier. — 27 janvier: Opère sa défervescence. Respiration nette. La diarrhée persiste encore quelques jours. Sort guérie les premiers jours de février.

Bien que ces formes très graves soient relativement rares chez l'enfant, nous en avons pourtant recueilli 7 cas parmi les 45 fièvres typhoïdes du service.

Nous avons été assez heureux pour ne pas observer de forme cardiaque.

Durée. — La fièvre typhoïde nous a paru se terminer dans un espace de 3 à 4 semaines. Tel est aussi l'avis de Barthez. Cadet de Gassicourt indique la durée comme oscillant entre un minimum de 18 à 20 jours et un maximum de 42 à 49 jours. Dans nos observations, nous avons eu une durée maxima de 45 jours et minima de 12 jours.

Symptômes. — 1° SYMPTÔMES DU DÉBUT. — Dans nos 45 cas, le début est généralement lent et insidieux. C'est après des prodromes de 6 à 10 jours que la maladie est constituée. L'enfant se montre moins en train qu'à l'ordinaire, il a de l'inappétence, puis de la somnolence, ses selles d'abord irrégulières peuvent devenir diarrhéïques, la soif est intense, et bientôt le petit malade s'alite : tel a été le début habituel chez nos enfants. Nous citerons les observations I et II comme exemples de début. Nous n'avons pas observé le début brusque, bien que nous le trouvions mentionné partout. Rilliet et Barthez avaient considéré l'absence de prodromes, comme l'indication d'une forme grave ; tel n'est pas l'avis de Cadet de Gassicourt.

L'épistaxis en tant que phénomène initial est plus rare chez l'enfant que chez l'adulte. M. Vouillemin l'a noté chez 4 de ses 36 malades, notre chiffre se rapproche assez du sien, nous l'avons rencontré 6 fois dans 45 cas. La céphalalgie est souvent très difficile à constater chez les très jeunes enfants, elle est en général de courte durée.

A) *Vomissements.* — Parmi les symptômes marquant le passage de l'état physiologique à l'état pathologique, il faut relater les vomissements. Taupin les a vus dans le 1/3 des cas, Barrier 10 fois sur 24, Henoch 20 fois sur 192, dans le service de M. P. Simon, les vomissements ont manqué 24 fois sur 45 cas. Notre chiffre se rapproche donc de celui de Rilliet et Barthez qui les ont signalés dans la moitié des cas. Parrot, contrairement à West, ne croit pas qu'ils appartiennent surtout aux formes graves, nos observations lui donnent raison.

Cependant avec Homolle, nous verrons en eux une

complication grave, s'ils sont tenaces à une époque tardive. Nous les avons relatés chez plusieurs de nos malades. Chez l'un, ils apparurent le 21^e jour de la maladie et pourtant, chez cette jeune fille, les prodromes avaient déjà été accompagnés de vomissements.

Observation IV (Personnelle, inédite)

Catherine B..., 11 ans, malade depuis huit jours, a eu des frissons, des vomissements bilieux et alimentaires et des maux de tête. Le lendemain a eu de la fièvre. Diarrhée depuis deux jours. Vertiges il y a trois jours. A son entrée, 19 janvier : Enfant amaigrie, abattue. T. $\frac{39,7}{38,5}$ hier soir ce matin. Pouls $\frac{129}{120}$. Maux de gorge, rougeur des piliers du voile du palais, quelques taches rosées. Ventre insensible. Quelques sibilances en avant et en arrière. Urines volontaires. Bruits du cœur nets. — 20 janvier : Intelligence nette, langue rouge. Pas de selles depuis son entrée. Ventre un peu bouffi. A été très agitée la nuit. Les jours suivants : T. $\frac{39 \text{ le matin}}{38 \text{ le soir}}$, le pouls monte jusque 130. Pas de délire. — 23 janvier. — Langue rouge et sèche. T. $\frac{39,2}{38,2}$. Pouls $\frac{125}{120}$. Taches rosées en plus grand nombre. Petits soubresauts de tendons. Respiration nettement soufflée dans la fosse sus-épineuse droite. Rhonchus et sibilances partout ailleurs. Râles sous-crépitants et sibilances sous la clavicule droite. Les 3 jours suivants, rien de particulier. — 27 janvier : T. $\frac{39}{37,6}$. Pouls $\frac{120}{110}$. Langue toujours rouge, sèche, lèvres fuligineuses. Ventre souple. 2 selles diarrhéiques hier. Quelques taches rosées. Respiration soufflée dans la fosse sus-épineuse droite et dans l'espace interscapulaire. — 30 janvier. — Amaigrissement considérable. Mêmes constatations thoraciques. Diarrhée. — 31 janvier : Vomit tout ce qu'elle prend. — 1^{er} février : A encore vomi 2 fois. Langue nette. Lèvres encore sèches. T. $\frac{38,6}{33}$. Pouls $\frac{110}{100}$. 3 selles diarrhéiques. Encore quelques taches rosées. Tympanisme au niveau de la fosse sus-épineuse droite et respiration

renforcée. — 2 février : N'aurait pas vomi. 38 de température. — 4 février : A de nouveau vomi. — 6 février : La défervescence ne se fait pas encore, bien que nous soyons au 27^e jour de maladie. T. $\frac{39}{38}$. Deux selles diarrhéïques. Vomit encore. Mêmes constatations thoraciques. Taches rosées en grand nombre. Ventre ballonné. — 7 février : A vomi se potion hier. T. $\frac{39}{87}$. Facies particulièrement coloré. Parait plus animée. — 9 février : N'a plus de diarrhée ni de vomissements. 37,5 de température. Les jours suivants, les vomissements ont complètement cessés et n'a plus de diarrhée, et la défervescence est accomplie le 20 février, N'a plus de taches rosées. L'amélioration continue. — 10 mars : A la suite des fatigues de la journée, elle a de l'œdème des membres inférieurs. Cet œdème se passe à la suite d'un repos de deux jours. Elle n'a pas présenté d'albumine dans les urines. Sa convalescence dure encore un certain nombre de jours et elle sort guérie le 16 mars.

Une autre fois, des vomissements tenaces ont apparu chez un enfant de 17 mois au 30^e jour de sa maladie.

Observation V (Personnelle, inédite)

Après avoir eu une fièvre typhoïde doublée d'une broncho-pneumonie très grave, et même après avoir accompli sa défervescence, une enfant de 17 mois refuse pendant plusieurs jours de prendre toute nourriture. Elle présente toujours les symptômes de broncho-pneumonie, puis après avoir eu depuis trois jours 38 de température, elle présente le 30^e jour de sa maladie une température de 39,5 et vomit tout ce qu'elle prend. Les extrémités sont froides, l'enfant est très abattue. On est forcé d'employer le gavage. La température retombe le lendemain à 37. Deux jours après, les vomissements cessent et l'appétit semble revenir.

Au bout d'une longue convalescence d'un mois, l'enfant sort complètement guérie.

« Les vomissements, disent Rilliet et Barthez, apparaissent surtout chez les enfants constipés au début. » Nous avons étudié cette particularité dans nos observations, et nous avons constaté que presque toujours la diarrhée coïncidait avec les vomissements du début. Une seule fois, une de nos malades présentant des vomissements, de l'inappétence, des épistaxis, fut constipée 4 jours, mais cette constipation céda facilement à un purgatif, pour faire place à de la diarrhée. Cette particularité permet, d'après Cadet de Gassicourt, de distinguer la légère constipation de la fièvre typhoïde de la constipation ordinairement rebelle de la méningite.

B) *Début par pneumonie.* — Nous avons observé aussi le cas d'une petite fille présentant une pneumonie gauche typique, mais elle avait tous les prodromes de la fièvre typhoïde, et son frère était soigné dans le service pour une fièvre typhoïde.

Observation VI (personnelle, inédite) (1)

Marie B..., 9 ans, se plaint depuis huit jours de maux de tête et de ventre. Ses parents nous affirment qu'elle a eu depuis des vomissements, de l'inappétence et de la diarrhée.

26 février. — Se plaint de maux de tête et de ventre, T. $\frac{40}{38,2}$
Pouls $\frac{130}{100}$. Langue nette. N'a pas de diarrhée. Absence de taches rosées. La rate n'est pas tuméfiée. Ventre souple. Submatité à la base droite

(1) Voir planche I, tracé n° 7.

au-dessous de l'angle de l'omoplate (l'enfant interrogée dit ne pas avoir eu de point de côté). A ce niveau, souffle presque amphorique avec râles sous crépitants. Respiration nette partout ailleurs en arrière. En avant sous la clavicule droite, son plus ample qu'à gauche et respiration nette sauf quelques sibilances. Bruits du cœur nets. Le 27 février la langue prend un aspect saburral, le 28, l'enfant a plusieurs selles diarrhéiques et le lendemain apparaissent sur l'abdomen des taches rosées bien nettes.

Les jours suivants les mêmes signes persistent, l'enfant a pourtant une selle diarrhéique quotidienne, mais la température et le pouls suivent une marche régulièrement descendante (tableau 7), ce n'est pas la défervescence en lysis.

Le 3 mars, T. $\frac{37,5}{37}$, les taches rosées persistent, mais la diarrhée disparaît et la petite malade demande à manger. La matité persiste en arrière à droite avec râles sous crépitants. Le 5 mars, la défervescence s'est opérée, mais les taches rosées ne disparaissent que vers le 9. A cette époque la respiration est nette partout. L'enfant sort guérie le 16 mars.

Dans ce cas nous avons eu affaire à une fièvre typhoïde à forme légère avec pneumonie du début ; en effet rappelons-nous ces maux de tête et de ventre, ces alternatives de diarrhée et enfin l'apparition de taches rosées le 14^e jour de la maladie, joints à la constatation d'une défervescence en lysis, et comme nous l'avons déjà signalé plus haut, une fièvre typhoïde bien évidente chez son frère.

Revilliod dans sa thèse (1) cite une fièvre typhoïde avec pneumonie du début. C'est un début signalé aussi par Parrot. Cadet de Gassicourt a publié également (2) trois cas

(1) Thèse 1886, Paris.

(2) *Traité clinique des maladies de l'enfance*, tome II, page 574.

de début par pneumonie. Avec lui nous dirons qu'une fièvre typhoïde à début par pneumonie peut demeurer bénigne, contrairement à ce qu'avance Potain.

2° SYMPTÔMES DE LA PÉRIODE D'ÉTAT. — La langue est ordinairement saburrale au centre, et d'un rouge vif sur les bords. Elle peut être humide durant toute la maladie; dans les cas graves elle est grillée, recouverte ainsi que les dents et les lèvres de croûtes fuligineuses.

L'anorexie existe dans le plus grand nombre des cas.

La diarrhée persiste généralement pendant tout le cours de la maladie. Cadet de Gassicourt l'a vue manquer quelquefois au début, souvent pendant toute la durée de la maladie. C'est ce que nous avons constaté deux fois sur 45 cas, les selles étaient moulées, mais nous n'avons pas observé de constipation pendant tout le cours de l'affection, ainsi que l'avancent Rilliet et Barthez.

Quand les selles et les urines sont involontaires, elles annoncent la gravité de la maladie, pourtant elles ne deviennent involontaires que vers la fin du premier septenaire.

Les douleurs abdominales ne sont pas toujours faciles à constater chez les enfants. Le ventre est ballonné.

Quant au développement de la rate il est relativement rare dans la fièvre typhoïde de l'enfant. Nous l'avons vue hypertrophiée quelquefois (observation III par exemple).

Le facies est inquiet et abattu, le visage est en général coloré, mais le facies devient anxieux, agité, et l'enfant est plongé dans la stupeur, si la maladie est grave. Une expression de contentement peut faire augurer d'un retour à la santé.

Le délire est rare chez les tout jeunes enfants, qui par contre poussent des cris aigus sans cause ; chez les autres le délire s'établit vers la fin du second septenaire. En somme il n'est très intense que dans les cas graves ; alors l'enfant n'a plus idée du monde extérieur, il ne répond plus aux questions, et pourtant il cause constamment ou bien à cette vive agitation fait place un état d'assoupissement profond ; rarement le coma est aussi prononcé que chez l'adulte. Nous avons observé dans plusieurs cas très graves des troubles de la motilité tels que les soubresauts des tendons et quelques douleurs spinales (observation IV).

Comme autre symptôme nerveux, nous citerons l'exemple d'une de nos petites malades (observ. II) qui a poussé des cris hydrencéphaliques à différentes reprises dans la journée qui a précédé sa mort. Baginski avait déjà signalé ce symptôme.

Les troubles fonctionnels des sens sont difficiles à découvrir chez les enfants, les bourdonnements d'oreille seuls ont apparu chez quelques-uns de nos petits malades.

Les taches rosées lenticulaires présentent les mêmes caractères chez l'enfant que chez l'adulte. Comme on le sait, elles peuvent manquer le 30 p. 100 des cas pour Cadet de Gassicourt, 6 à 7 pour 100 pour Barthez et Sanné ; sur 36 cas recueillis par M. Vouillemin à la clinique de Nancy, on a pu compter 27 fois une éruption, soit une proportion de 75 pour 100. Sur nos 45 cas, elles ont manqué 3 fois. West et Trousseau n'ont jamais observé d'éruptions abondantes que dans les cas graves. Nous ne saurions dire de même. Dans une de nos observations les taches ont apparu tard, Cadet de Gassicourt en a vu au 40^e jour et Barthez et

Sanné les ont constatées au cours d'une rechute, alors qu'elles avaient manqué à la maladie première.

3° COMPLICATIONS. — Les complications les plus fréquentes ont été celles de l'appareil circulatoire. « La bronchite, disent Barthez et Sanné, fait partie intégrante de la fièvre typhoïde et ne forme une complication que dans les cas où, par son intensité, elle domine la maladie. » Presque toujours nous avons constaté des poussées de bronchite chez nos malades. Bien que Cadet de Gassicourt indique la broncho-pneumonie typique comme rare, nous avons rencontré 6 malades qui présentaient nettement de la submatité et du souffle avec râles sous-crépitaux. D'ailleurs, la broncho-pneumonie est une complication plus commune chez l'enfant que chez l'adulte, mais nous dirons avec Cadet de Gassicourt et tous les auteurs qu'elle existe particulièrement dans les cas très graves (observ. IV, par exemple).

A) *Pleurésie typhoïde*. — Une autre complication fort rare (abstraction faite de celle qui accompagne la pneumonie), est la pleurésie, c'est l'avis de Barthez et Sanné ; Chantemesse l'a dit même peu connue. Elle peut se former dans les premiers temps, dans la période d'état comme au déclin de la maladie, du 33^e au 37^e jour. Elle est généralement unilatérale, souvent elle peut masquer la fièvre typhoïde, enfin elle peut devenir purulente.

Nous possédons un cas de fièvre typhoïde compliquée de pleurésie ; 3 jours après l'entrée du malade dans le service nous avons constaté les symptômes de cette affection.

Observation VII (personnelle, inédite)

Henri Ch..., 9 ans. Entre le 17 mars. Il n'a pas beaucoup d'appétit depuis 15 jours, il s'est alité il y a 6 jours. A eu des maux de tête. T. $\frac{39,2}{39}$. Pouls $\frac{120}{112}$. Langue saburrale, rouge sur les bords. Diarrhée. Taches rosées. Quelques râles muqueux aux bases. — 20 mars : Ne délire pas la nuit. T. $\frac{39}{38,4}$. Pouls $\frac{120}{110}$. Tousse un peu. Sonorité et respiration normales en avant. Son plus clair et plus ample dans les fosses sus et sous-épineuses droites. Son plus faible dans la partie inférieure de la fosse sous-épineuse droite et matité compacte au dessous. Respiration nette dans toute la hauteur gauche. Retentissement de la voix dans la fosse sus-épineuse droite ; au-dessous de l'angle de l'omoplate souffle lointain sans râles. Les vibrations thoraciques n'existent pas à ce niveau. Douleur du côté droit. Langue saburrale, rouge sur les bords. Taches rosées. Diarrhée. Les mêmes phénomènes persistent pendant 6 jours, jusqu'au 24 mars. Sonorité aujourd'hui et respiration avec râles sous-crépitaux jusqu'à la base à droite. N'a plus de diarrhée, ni de taches rosées. La défervescence s'accomplit.

4° CONVALESCENCE. — La convalescence est particulièrement longue dans les formes graves. Cette longueur a pour cause principale le mauvais état des voies digestives, qui ne permet pas la réparation des pertes subies dans le cours de l'affection. Comme exemple, nous pouvons citer l'observation IV : la malade eut une convalescence de 36 jours. La convalescence aime particulièrement la suppuration. Les eschares au sacrum, extrêmement rares chez les enfants, au dire de Parrot, se sont produites chez 4 de nos malades.

L'observation IV nous donne un exemple d'œdème

localisé des membres inférieurs. Il a disparu au bout d'un repos de quelques jours. Les urines ne contenaient pas d'albumine. Cet œdème, comme l'ont dit Trousseau et Cadet de Gassicourt, dépend du mauvais état général de l'économie, de l'adynamie, dans laquelle l'organisme était tombé, mais particulièrement de l'altération spéciale du sang, pouvant favoriser l'épanchement de sérosité. Cet œdème de la convalescence ne sera pas confondu avec celui survenant dans le cours de la maladie. Cadet de Gassicourt n'en cite que deux exemples. M. le professeur agrégé P. Simon a bien voulu nous communiquer un cas de ce genre observé par lui :

« Un enfant de 18 mois, au huitième jour d'une fièvre typhoïde caractérisée par une température élevée et continue aux environs de 40°, par de la stupeur, de la diarrhée et des taches rosées, présenta de l'œdème. (Une domestique de la famille était morte de fièvre typhoïde le quinzième jour de la maladie). Cet œdème généralisé sans albumine ni phénomènes cardiaques, guérit au bout de quelques jours. »

Cette complication de la convalescence est tellement rare qu'elle mérite réellement d'être signalée.

Mortalité. Pronostic. — Un seul de nos malades sur 45 cas a succombé. Nous pouvons dire avec Cadet de Gassicourt que la maladie présente une gravité moindre chez l'enfant que chez l'adulte. Notre statistique d'hôpital pourrait nous induire en erreur, car nous sommes au-dessous du chiffre normal. Mais remarquons que parmi nos malades un seul avait moins de 2 ans, or « plus l'enfant est jeune, plus

souvent il succombe », disent Rilliet et Barthez, par conséquent notre chiffre de mortalité, bien qu'inférieur à ceux de Baginski (6 à 8 pour 100) et de Steffen (7 pour 100), se rapproche cependant de la vérité. André Moussons (1) donne comme cause de moindre gravité chez l'enfant un meilleur état des appareils de protection. Ainsi le développement connu des organes lymphoïdes chez eux doit favoriser les phénomènes de phagocytose. Si chez les enfants au-dessous de 2 ans le danger est plus grand, c'est que leur appareil digestif n'a pas acquis la plénitude de son fonctionnement.

Traitement. — Notre maître a résumé ainsi les bases du mode de traitement en usage dans son service (2) : « le traitement est surtout éclectique, nous repoussons toute médication systématique. Dans les formes bénignes, l'expectative est la règle, nous alimentons nos malades avec du lait, du bouillon, de l'eau vineuse ; des lotions d'eau fraîche additionnée de vinaigre aromatique tempèrent la chaleur fébrile et assurent l'antisepsie du tégument externe. Dans les formes adynamiques, le vin de Champagne, le café, le benzoate de caféïne nous ont rendu souvent beaucoup de services ; dans les formes ataxiques avec agitation, délire, carphologie, etc., les bains tièdes ont exercé une influence heureuse. Enfin les complications thoraciques et abdominales sont surveillées de près et combattues par une médication appropriée.

(1) *Recueil de leçons cliniques sur les maladies de l'Enfance.*

(2) *Revue médicale de l'Est*, (1893).

Résumé. — 1° Nous avons observé 30 types réguliers de fièvre typhoïde, 11 types prolongés et le stade amphibole dans 5 cas.

2° La maladie a eu une durée maxima de 45 jours et minima de 12 jours.

3° Nous avons recueilli 18 cas de forme légère, 3 cas de forme abdominale, 8 cas de forme thoracique et 7 cas de forme nerveuse.

4° Une fièvre typhoïde a présenté une pneumonie du début ; deux autres complications intéressantes ont été observées : la pleuro-typhoïde et les œdèmes localisés.

5° Notre mortalité a été très faible, 1 décès sur 45 cas.

II. — ROUGEOLE

Nous avons observé 34 cas de rougeole dont 6 décès par broncho-pneumonie. Six autres malades ont eu aussi de la broncho-pneumonie, mais n'ont pas succombé, les autres rougeoles ont été accompagnées de bronchites. La mortalité pour Barthez et Sanné est de 30,8 p. 100. Le nombre de nos observations étant trop restreint, nous ne tirerons pas de conclusions, nous dirons simplement que notre chiffre de mortalité serait d'environ 18 p. 100. La broncho-pneumonie étant une complication trop commune dans la rougeole, elle ne nous arrêtera pas, mais nous citerons un cas de laryngite tardive.

Observation VIII (personnelle, inédite)

Léon N..., 13 mois, entre le 15 mai. Il a eu la rougeole il y a huit jours. Depuis deux jours la respiration est difficile, il a du tirage et tousse beaucoup ; le facies est pâle. La voix est rauque. L'enfant présente au fond de la gorge des mucosités en grande quantité. Au niveau des amygdales, on aperçoit un petit piqueté blanc grisâtre, mais il ne rejette pas de fausses membranes. L'expectoration est abondante ; on lui fait la trachéotomie, mais il meurt le lendemain.

AUTOPSIE. -- Emphysème de la partie antérieure du poumon gauche et broncho-pneumonie du lobe inférieur. Noyaux de broncho-pneumonie à la partie postérieure des lobes supérieur et inférieur. Ganglions bronchiques tuméfiés non caséux. Trachée emflammée et rougeâtre au niveau de la division des bronches. Rien dans la trachée supérieure. Le larynx présente une coloration rouge vif et un certain degré d'œdème des cordes vocales supérieures.

Rilliet et Barthez ne citent qu'un cas de laryngite tardive, suite de rougeole, pour laquelle on ait dû faire la trachéotomie qui fut suivie de mort. Barbier et Bourdon en ont cité des cas. Cadet de Gassicourt note cette complication comme n'ayant aucune gravité et n'amenant jamais la mort. Au contraire, d'après Louis Guinon (*Traité de Médecine* de Charcot et Bouchard), elle est fréquente dans les hôpitaux d'enfants. D'ailleurs, comme le dit cet auteur, les complications pulmonaires sont la règle dès les premiers jours, aussi la trachéotomie ne soulage-t-elle que rarement le malade. La trachéo-bronchite est donc plus fréquente que ne le croyaient Rilliet et Barthez. C'est ce que prouve

l'observation de notre petit malade qui avait aussi de la broncho-pneumonie.

III. — SCARLATINE

Dix scarlatineux sont entrés dans le service, et nous avons eu deux décès. Six fois sur dix nous avons observé de l'albuminurie, chez l'un le 8^e jour de la maladie, chez le second le 12^e jour de la maladie, chez les autres le 13^e, le 17^e, le 23^e et 25^e jour de l'affection.

A) *Urémie*.— Mais cette complication est trop connue pour qu'elle nous arrête, il en est une qu'elle fait naître, c'est l'urémie. Sur 2 cas d'urémie que nous avons observés, l'un des petits malades présenta des phénomènes urémiques le 20^e jour de la maladie, mais il guérit 8 jours après. Notre second malade fut moins heureux, il succomba le 3^e jour de son attaque urémique. Ce dernier exemple ne semble pas donner raison à West; pour lui « quand le malade survit 24 heures à la première attaque, il peut être considéré comme sauvé. » Ces 2 observations étant assez intéressantes nous allons les citer en entier :

Observation IX (personnelle, inédite)

Alfred C., 10ans 1/2, a eu le 2 février de la céphalée, de l'inappétence, des vomissements et des maux de gorge. 5 février : il présente quelques

plaques scarlatineuses sur le corps, surtout sur les membres et le dos et les conjonctives injectées. Quatre jours après la langue est grise au centre, rouge sur les bords, la gorge est enflammée. T. 38°. Quelques taches rouges sur le dos, râles muqueux aux bases. La céphalée a disparu, un peu d'appétit. Il est constipé depuis 4 jours. 8 février, T. $\frac{38,4}{38,2}$, une selle ce matin. Langue assez nette. La fièvre tombe les jours suivants.

— 16 février : Bon appétit, selles régulières ; respiration nette, mais l'enfant tousse encore un peu. Traces de desquamation sur la face antéro-supérieure du thorax. — 21 février : On constate de la bouffissure de la face et de l'albumine dans les urines. La céphalée a reparu. L'enfant est mis au régime lacté. — 22 février : La bouffissure de la face a augmenté, les urines sont rares et albumineuses. On lui donne 15 gr. de vin diurétique.

23 février : L'enfant a eu des vomissements tout l'après-dîner d'hier, il est constipé. Les urines sont très rares et contiennent une grande quantité d'albumine. On lui prescrit de l'eau-de-vie allemande, 10 gr. — Le 24 février : La céphalée a augmenté. Les urines sont très rares (100 gr. environ). Il a eu des vomissements toute la journée d'hier et a été pris de crises convulsives avec déviation conjugagée de la tête et des yeux vers la gauche. Les crises ont cédé à des inhalations de chloroforme. L'enfant n'a pas eu de selles, aussi lui donne-t-on un lavement purgatif. — 25 février : Durant quelques heures de la nuit, il a eu de nouveau des convulsions. A la suite de nombreux lavements, l'enfant a enfin eu quelques selles hier. Il a présenté du vertige et des étourdissements. 2 gr. 1/2 d'albumine par litre d'urine. La face est moins bouffie, la céphalée a cessé. Il urine un peu plus. — Le 26 février, l'œdème tend à disparaître. L'enfant a plusieurs selles à la suite de lavements. Les urines sont plus abondantes (200 à 300 gr.) et ne contiennent plus d'albumine. — 28 février : 900 gr. d'urine dans les 24 heures. Il a encore un peu de bouffissure de la face et de l'œdème des membres. — Le 1^{er} mars : Les urines ont une coloration normale, mais elles contiennent encore quelques traces d'albumine. — Le 12 mars : l'enfant ne présente plus d'accident. Il sort guéri le 18 mars.

Observation X (Personnelle, inédite)

Jean C..., 4 ans, entre le 6 février, après 6 jours de maladie. Il a une langue saburrale au centre, rouge sur les bords. Sur tout le corps on voit une forte coloration rouge localisée particulièrement sur le thorax et les jambes. Forte desquamation principalement de la face. T. 38,6. Il tousse beaucoup. Son moins ample à droite et respiration nettement soufflée sous la clavicule. Quelques sibilances à gauche. Fosse sus-épineuse droite moins sonore, des sibilances à ce niveau. Quelques râles muqueux aux bases. — 8 février : On constate de l'œdème des bras et des mains ; il a eu des épistaxis hier, et des maux de gorge. T. $\frac{38,4}{38}$. Les amygdales et les piliers du pharynx sont très rouges. Desquamation. Une selle hier. — 9 février : T. $\frac{38}{37,8}$. Même état, toujours des épistaxis. L'enfant a des douleurs articulaires. — 11 février : Selles régulières, pas de délire. T. 38. Les douleurs articulaires ont disparu. L'œdème de la main persiste. Encore quelques râles muqueux aux bases. La langue est moins sèche, mais les amygdales sont enflammées. — 16 février : Depuis deux jours les douleurs articulaires ont reparu aux coudes et aux poignets. L'enfant entend plus difficilement. Les selles sont régulières. La langue est encore légèrement sale. La face est bouffie. La desquamation générale est encore assez marquée. Respiration nette. — 17 février : La température est de 40°. On constate une bouffissure généralisée. Les urines sont rares, albumineuses. Les vomissements sont incessants. — 18 février : L'enfant a déliré et a été agité toute la nuit. T. $\frac{39,7}{38,8}$. Il a eu des vomissements et ses urines sont rares. — Le même état persiste le 19 février. T. $\frac{38,2}{37,7}$. Vers une heure de l'après-midi il a des convulsions et meurt subitement.

» L'autopsie n'a pas été autorisée.

B) *Rhumatisme scarlatineux*. — Ce petit malade nous amène à parler d'une autre complication de la scarlatine,

des douleurs articulaires. Trousseau a vu plus rarement le rhumatisme scarlatineux chez les enfants que chez les adultes ; comme Cadet de Gassicourt, nous les avons trouvées dans un dixième des cas.

C) *Pleurésie et pneumonie scarlatineuses*. — Voici encore un cas de scarlatine compliquée de pleurésie, de pneumonie et de néphrite. « La pleurésie suppurée, dit Louis Guinon (1), est très rare. Les symptômes fonctionnels sont souvent peu marqués ; si elle survient pendant la convalescence la fièvre reparaît ou persiste, la langue reste sale, des vomissements se reproduisent, mais la toux est rare, le point de côté nul. Chez les enfants, elle aboutit parfois en quelques jours à une vomique. Mais elle tend rapidement à l'extérieur, et on est conduit d'emblée à l'empyème de nécessité. Le pus est fluide, inodore, abondant. Quand on intervient de bonne heure, la guérison n'est pas exceptionnelle. » Sanné a observé un cas de pleurésie suppurante sur treize ; quant à nous, l'autopsie nous a montré un liquide sero-purulent. Ainsi que l'avancent Barthez et Rilliet, elle a coïncidé chez nous avec une autre lésion thoracique, la pneumonie.

Observation XI (Personnelle et inédite)

Charles P..., 9 ans, a de la desquamation généralisée depuis 10 jours, à la suite d'une scarlatine. L'enfant se serait refroidi avant hier.

(1) *Traité de Médecine*, de Charcot et Boucard, art. scarlatine, tome II, p.62.

Il aurait eu de la diarrhée, des vomissements, de la fièvre, des maux de tête et de ventre. Ajoutons à cela des frissons et à droite un point de côté qui persiste encore. On remarque une desquamation par plaques. 38°8 de température. Sonorité moindre en arrière à partir de l'angle de l'omoplate droite et submatité surtout à la partie interne de la base droite, à ce niveau souffle nasonné sans râles. Abolition des vibrations thoraciques. Tympanisme et bruit de pot fêlé sous la clavicule droite, à ce niveau respiration soufflée avec râles sous-crépitaunts. Bruits du cœur nets. Gorge sensible, rouge, enflammée (amygdales tuméfiées). Langue saburrale. — 27 mai : La matité ne commence qu'à un travers de doigt au-dessous de l'angle de l'omoplate droite. On ne perçoit plus de souffle, mais une respiration obscure. Matité dans la fosse sous-épineuse droite avec respiration soufflée. En avant, à droite, bruit de pot fêlé et son tympanique avec respiration rude et sibilances. Langue saburrale, rouge sur les bords. — Six selles diarrhéiques depuis hier avec incontinence. T. $\frac{38,7}{38,9}$. — 29 mai : T. $\frac{40}{39}$. Pouls régulier, égal, un peu dépressible, $\frac{120}{118}$. Selles et urines involontaires. Urines sanguinolentes et albumineuses. Desquamation persistante. Même état de la langue. Même état du côté de l'appareil respiratoire. Toux sèche. Bruits du cœur assez sourds avec prolongation du premier bruit. A l'examen microscopique des urines on aperçoit des cylindres, des cellules épithéliales et des globules rouges. Respiration : 42. — 30 mai : Urines albumineuses et sanguinolentes. T. $\frac{39,8}{38,8}$. Mêmes constatations de l'appareil respiratoire. — 31 mai : T. $\frac{39,9}{39}$. Pouls $\frac{125}{122}$. Langue sèche. Matité compacte à la base droite, on n'entend plus le murmure respiratoire à ce niveau. Respiration soufflée au dessus. — 1^{er} juin : Pouls 176 hier soir à 7 heures. Respiration très fréquente 60. Actuellement pouls dépressible, presque incomptable 128. T. $\frac{39,9}{37}$. Langue sèche. Pas d'œdème des membres inférieurs. La desquamation est persistante. Cinq selles diarrhéiques. Mêmes constatations de l'appareil respiratoire. Urines sanguinolentes aujourd'hui ainsi que les jours suivants. La température est toujours dans les environs de 39. — Le 3 mai les urines sont claires, moins fortement albumineuses. Pouls $\frac{144}{140}$. Souffle et râles sous-crépitaunts dans les fosses sus et sous-épineuses droites. Respiration très obscure à la base. — 4 juin : T. $\frac{39,8}{38,6}$. Pouls 136.

A l'air abattu. Douleurs généralisées. Langue sèche, haleine fétide. Selles et urines involontaires. Un peu de sang dans les selles. Meur le lendemain.

AUTOPSIE. — Un litre de liquide fibrino-purulent avec fausses membranes de la plèvre droite. Poumon droit : pneumonie du lobe supérieur avec hépatisation grise. *Id.* dans le lobe moyen. Congestion intense du lobe inférieur. Poumon gauche : congestion simple avec exsudat purulent à la surface du lobe supérieur. Pneumonie du lobe inférieur. Pas de traces de péricardite. La rate est volumineuse. Le foie est pâle. Les reins sont très volumineux, avec un épaissement de la substance corticale. La décortication est assez facile.

IV. — TUBERCULOSE

Étiologie. — La tuberculose est loin d'être exceptionnelle dans l'enfance, nous en avons observé 46 cas. Landouzy (1) et Queyrat (2) observent cette affection chez le tiers des bébés au-dessous de deux ans. M. Simon (3) a observé en 1892, sur 24 cas, six tuberculoses relatives à des enfants de moins de deux ans, chez lesquels le diagnostic a été confirmé par l'autopsie, et pourtant à cette Clinique les enfants ne sont admis qu'exceptionnellement avant l'âge d'un an. Nous-même, pendant notre année d'internat, nous avons relevé (toujours au-dessous de 2 ans) 10 cas vérifiés par l'autopsie. Au-dessus de cet âge, les

(1) *Revue de médecine*, 1886.

(2) *Thèse de Paris*, 1886.

(3) Conférences cliniques sur la tuberculose des enfants, 1893.

décès tuberculeux ont eu leur maximum de 6 à 10 ans 1/2. Rilliet, Barthez et Boltz avaient déjà indiqué ces chiffres.

L'hérédité est-elle une cause d'infection tuberculeuse ? Son influence ne peut être niée. Une seule fois, nous avons rencontré une jeune enfant dont le mode d'invasion de la tuberculose nous a permis d'admettre l'influence héréditaire. C'est l'Observation XIV citée en entier plus loin. Les lésions trouvées à l'autopsie, en l'absence de lésions tuberculeuses intestinales, plaident en faveur d'une infection par la voie placentaire. 18 fois chez nos 46 cas, nous avons trouvé des antécédents tuberculeux.

Trois fois seulement, nous avons vu une relation évidente entre la rougeole et la tuberculose. L'un d'eux a eu une rougeole dont il ne se remet pas ; 4 mois après le début de cette affection, il entre au service. Il a de la diarrhée, des vomissements, de la toux, et présente de l'adénopathie cervicale. On constate une fistule anale, mais rien d'anormal du côté de l'appareil respiratoire. Cet enfant, âgé de 1 an, ne se nourrit pas, et il maigrit. Deux mois après, on constate enfin une sonorité plus faible en arrière au sommet droit, et de la respiration soufflée sans râle. Son état général baisse de jour en jour, et à son autopsie, quinze jours après, on constate une infiltration tuberculeuse du sommet droit, les ganglions bronchiques et mésentériques tuméfiés.

Dans une autre observation, nous assistons à une évolution tuberculeuse chez un enfant, qui prend une rougeole et succombe 25 jours après.

Observation XII (Personnelle)

Gabrielle T. . . , 3 ans 1/2, maigrit depuis un mois et perd l'appétit. On constate une sonorité normale, mais une respiration soufflée dans la fosse sous-épineuse droite. Son ventre est volumineux à son entrée le 24 janvier. — 3 février, la respiration est soufflée aux deux sommets et l'on constate en outre des râles sous-crépitaux au sommet gauche en arrière. Le son est plus faible aussi sous la clavicule gauche la respiration est soufflée avec râles sous-crépitaux.

Le 28 février, apparaissent des râles sous-crépitaux dans la fosse sous-épineuse droite ; et en avant, la respiration est soufflée sous la clavicule droite. On sent des masses ganglionnaires des deux côtés du cou.

La température oscille entre 37° et 38° ; deux fois seulement, durant tout un mois, elle monte à 39°. Le mois suivant, il n'y a plus de fièvre ; quand, le 15 avril, apparaît une belle éruption de rougeole, la température monte en zigzags réguliers jusqu'à 41°, et elle se maintient en oscillant entre 41° et 40°, du 22 au 26 avril. A ce moment, non seulement les symptômes anciens persistent, mais dans les deux bases apparaissent des bouffées de râles sous-crépitaux avec respiration soufflée.

Le 27 avril notre petite malade présente une vive agitation, et on constate une hémiparésie gauche, les pupilles sont dilatées, mais la sensibilité persiste du côté paralysé, ainsi que le réflexe du genou. A ce moment, la température est à 38°.

L'hémiparésie disparaît le 29 avril ainsi que tous les symptômes nerveux. On constate une desquamation furfuracée de tout le corps. Le son est clair dans la fosse sous-épineuse gauche, moins clair et moins ample dans la fosse sous-épineuse droite ainsi que dans les fosses sous-épineuses. Au-dessous de l'angle de l'omoplate droite, le son est clair et ample, mais plus faible à gauche au même niveau. La respiration est soufflée dans les fosses sus et sous-épineuses gauches, et l'on entend

des râles sous-crépitants en dessous. A droite, on perçoit du souffle dans la fosse sus-épineuse. Il existe de la submatité dans l'espace interscapulaire. Le son est plus faible sous la clavicule gauche qu'à droite ; du côté gauche s'entendent de gros râles sous-crépitants sans souffle. La voix est voilée. A partir de ce jour, la température décrit de longues oscillations, allant de 39° jusque vers 37°. L'enfant meurt le 10 mai.

AUTOPSIE : Infiltration tuberculeuse de tout le poumon droit, quelques tubercules au sommet gauche et, au-dessous, 3 excavations du volume d'un œuf de pigeon. Les ganglions bronchiques sont hypertrophiés et caséux. Le foie est gras ; le cœur est normal. Quelques granulations récentes dans la rate. Dégénérescence des ganglions mésentériques.

Les reins sont simplement congestionnés.

Cerveau : en arrière du lobe sphénoïdal existe une vaste tumeur qui se détache facilement du parenchyme cérébral, mais reste adhérente à la dure-mère. Cette tumeur dure a un aspect caséux et une coloration jaunâtre, elle offre toutes les apparences d'un gros tubercule. A la face inférieure de l'extrémité externe du lobe droit du cercelet, on constate un second foyer tuberculeux qui pénètre dans la profondeur jusqu'au niveau de la substance blanche ; il présente les mêmes caractères que la tumeur précédente. A la surface supérieure du cerveau existe un certain degré de congestion. La tumeur énucléée occupait les 2/3 supérieurs du cerveau.

Des coupes méthodiques du cerveau ne montrent aucune lésion.

L'intestin renferme un grand nombre de granulations tuberculeuses dont un certain nombre sont ulcérées.

Les ganglions du côté gauche du cou sont hypertrophiés, les uns rougeâtres, les autres dégénérés, d'un blanc lardacé, de nature tuberculeuse.

Nous n'avons qu'un exemple de tuberculose chez un scrofuleux.

Observation XIII (Personnelle) (1)

L'enfant est âgé de 12 ans, il présente à la jambe droite des cicatrices de scrofulides anciennes au niveau du tibia, au-dessus de la malléole interne.

Dans la nuit du 9 au 10 janvier 1893 il fut pris subitement de fièvre, de dyspnée, de céphalalgie, de toux et de douleurs thoraciques. A son entrée on constate T. de 39°, de la cyanose de la face, une dyspnée accompagnée de râles trachéaux. Matité franche sous la clavicule, ainsi que dans les fosses sus et sous-épineuses gauches, des sibilances et des râles sous-crépitaux en avant et à gauche, respiration soufflée et des râles sous-crépitaux en arrière et du même côté. A droite la sonorité est normale, et la respiration est nette en avant, mais en arrière on perçoit des râles muqueux dans toute la hauteur. Battements du cœur tumultueux, pouls filiforme 110. Nous pensons à une bronchite capillaire avec pneumonie catarrhale du lobe supérieur gauche, en effet la fièvre tombe quelques jours après, la dyspnée disparaît et le malade sort le 9 février. La respiration était devenue normale dans le côté droit, mais il existait encore un peu de sonorité tympanique sous la clavicule avec des gros râles sous-crépitaux ; en arrière la respiration était légèrement soufflée dans la fosse sus-épineuse. Cependant l'enfant continuait à tousser, il rentra à l'hôpital le 18 mars suivant. Température normale, jusqu'au mois d'août, où le malade quitta le service et fut perdu de vue. Mais sous la clavicule gauche la sonorité était faible, la respiration soufflée avec des craquements humides. En arrière il existait de la submatité dans les fosses sus et sous-épineuses et des râles sous-crépitaux. — Le 13 avril nous notons un certain amaigrissement, de la polyadénite cervicale double, une

(1) *Conférences cliniques sur la tuberculose des enfants*, par P. Simon, p. 148.

diminution de la sonorité sous la clavicule gauche avec gargouillement, un son faible dans les fosses sus et sous-épineuses gauches avec respiration soufflée, enfin à droite quelques craquements fins dans la région sous-claviculaire. — Le 22 juillet : il existe de la matité sous la clavicule gauche et dans les trois premiers espaces : on constate à ce niveau une respiration soufflée accompagnée de râles sous-crépitants. A droite et en avant, la sonorité est normale, et on perçoit à l'inspiration des bouffées de râles sous-crépitants. En arrière le son est faible dans les fosses sus et sous-épineuses gauches, la respiration légèrement soufflée au sommet droit est accompagnée de quelques craquements ; à gauche, dans la fosse sous-épineuse, on constate du souffle et des râles sous-crépitants.

Il n'est pas douteux, comme le dit notre maître, que nous ayons eu affaire à une tuberculose pulmonaire à évolution lente, pouvant demeurer telle, un temps plus ou moins long, grâce à la conservation d'un état général satisfaisant.

D'après ce fait, la scrofule semble donc constituer un terrain relativement défavorable à la tuberculose.

Observations cliniques. — A) *Tuberculose des ganglions du hile hépatique et purpura consécutif.* — Parmi les observations de tuberculose des ganglions nous en citerons une peut-être unique en son genre. Il s'agit d'un purpura hémorragique consécutif à une infection biliaire, amenée par la localisation de la tuberculose au niveau des ganglions du hile hépatique. Notre maître, M. Simon, a déjà étudié et commenté ce fait dans ses conférences (1), aussi nous contentons-nous de citer l'observation.

(1) *Conférences cliniques*, 93, p. 75.

Observation XIV (Personnelle)

Une petite fille d'un père mort tuberculeux sept mois avant, et d'une mère atteinte d'une phtisie avancée, entre le 8 février 1893. Elle avait un frère mort de méningite, il y a 7 ans. L'enfant bien portante jusque il y a deux mois, aurait commencé alors à tousser, à maigrir et à perdre ses forces, son appétit serait demeuré intact, mais son ventre aurait augmenté de volume et elle aurait eu à plusieurs reprises des selles diarrhéiques, se répétant chaque fois pendant une huitaine de jours.

Le teint était pâle, les yeux brillants, les sclérotiques bleuâtres, les cils allongés, les cheveux fins et soyeux. L'amaigrissement était considérable, la peau sèche et rugueuse, la température normale, la toux presque nulle, l'appétit faible, les fonctions intestinales régulières. L'enfant présentait des ganglions indurés dans les aisselles et les aines, et une pleiade de petits ganglions semblables le long du cou des deux côtés. Le thorax était bien conformé, la poitrine un peu bombée ; en avant et à gauche la sonorité était légèrement diminuée, et à ce niveau la respiration était rude. A la partie interne de la fosse sus-épineuse droite la respiration était soufflée. Le ventre était volumineux, mais souple et indolore, il n'existait pas d'ascite, la rate n'était pas hypertrophiée, mais le foie augmenté de volume dépassait de deux travers de doigt le rebord des fausses côtes. Pendant 3 semaines, aucune modification apparente : l'état général était relativement bon, la température normale. Le 26 février la fièvre s'alluma tout à coup, 40°, l'enfant fut prise d'une épistaxis considérable qui dura plusieurs heures, par instant sous forme d'un jet continu. On constatait en même temps des suintements sanguins multiples par l'ombilic, au niveau de l'index droit, à la jambe droite au-dessus du genou et en plusieurs points du cuir chevelu. — 27 février : Le facies était pâle, les lèvres fuligineuses, la respiration accélérée, la température matinale 38,6, le pouls à 180. Il existait sur les membres inférieurs autour du cou, sur le cuir

chevelu, à la région lombo-fessière, de nombreuses taches purpuriques du volume d'une tête d'épingle, ainsi qu'une large ecchymose sous conjonctivale à l'œil droit. L'enfant survécut encore quelques jours, le teint prit une pâleur de cire, la fièvre se maintint aux environs de 39°, il se produisit à plusieurs reprises des hématomés et du méléna, et la mort survint le 2 mars.

AUTOPSIE. — On constatait un piqueté hémorragique sans tubercules sur l'épiploon : les ganglions mésentériques étaient tuméfiés, rougeâtres et quelques-uns présentaient des granulations tuberculeuses récentes. L'intestin ne présentait pas de tubercules, mais de nombreuses ecchymoses. Le foie volumineux avait un aspect marbré, à sa surface il existait un grand nombre de granulations tuberculeuses, les unes récentes, les autres anciennes, jaunes, plus volumineuses et en outre de nombreuses taches verdâtres fluctuantes, correspondant à la coupe à des cavités remplies de matière gélatiniforme colorées en jaune verdâtre par la bile. A la coupe ces cavités apparaissaient comme étant les canaux biliaires fortement dilatés, sans doute grâce à la rétention de la sécrétion biliaire. En effet, il existait au niveau du hile du foie, une masse du volume d'un œuf de poule, formée de ganglions caséeux et en partie ramollis comprimant le canal hépatique : les branches de celui-ci, ainsi que le canal cholédoque étaient parfaitement perméables. La rate et les poumons présentaient quelques granulations grises demi-transparentes, le cœur les et reins ne montraient pas de tubercules visibles à l'œil nu, les ganglions bronchiques étaient infiltrés de tubercules de date récente.

Nous étions donc en présence d'un purpura infectieux, l'examen bactériologique démontra l'infection du liquide biliaire, du parenchyme hépatique, de la rate et du sang par des streptocoques.

B) Tuberculose généralisée.

Observation XV (personnelle) (1)

Madeleine B..., 10 ans, entre le 16 novembre 1892, sans antécédents héréditaires. Elle a eu la fièvre typhoïde il y a un an, puis a perdu son appétit et a commencé à tousser il y a 3 semaines. Ses selles étaient irrégulières. Depuis elle a beaucoup maigri. Son teint est légèrement pâle. Elle tousse, mais n'a pas d'expectoration. Les deux côtés respirent également. Son clair et ample sous la clavicule gauche et dans les deux espaces suivants. La submatité existe à droite dans les deux premiers espaces. On entend un son de pot fêlé et tympanique au 2^e espace intercostal droit. On entend des gargouillements sous la clavicule droite ; la respiration est très rude avec sibilances sous la clavicule droite. En arrière, matité à la partie interne des deux fosses sus-épineuses. Le son est plus clair à la partie externe de la fosse sus-épineuse gauche. Le son est plus faible dans la fosse sus-épineuse droite et dans l'espace interclaviculaire. La sonorité existe aux bases. On entend du souffle et des craquements à droite dans la fosse sus-épineuse et quelques craquements. Des sibilances aux bases. A gauche existe un souffle plus intense et des craquements dans la fosse sus-épineuse. On sent des petits ganglions au devant de l'oreille gauche. T. $\frac{38,6}{38}$. Rien d'anormal dans les autres organes.

La température oscille dans les environs de 38, les jours suivants. Après quelques oscillations atteignant même 38,8, la température tombe à 37 pendant 3 jours. Les symptômes de l'appareil respiratoire sont toujours les mêmes. La température subit encore une poussée de 3 jours (39,5), puis retombe à la normale. C'est à peu près ce type que suit la température pendant toute la durée de son existence.

Le 16 décembre apparaît un son tympanique à la pointe de l'omoplate gauche et aux deux bases apparaissent des craquements humi-

(1) Citée en résumé dans les conférences de M. Simon (page 57).

des et des gargouillements. Sous la clavicule droite on entend aussi du gargouillement. La toux augmente. L'amaigrissement augmente, l'appétit a disparu, elle meurt le 25 janvier.

L'autopsie nous montre une tuberculose généralisée : le foie renferme des tubercules disséminés, la rate est très volumineuse (11 cent.) et renferme un gros noyau tuberculeux et de nombreux tubercules plus petits. On constate une excavation énorme au sommet gauche, et une infiltration tuberculeuse complète du lobe inférieur. Au sommet droit, nous trouvons également une grosse excavation et deux autres plus petites au-dessous, le reste du poumon renferme de grosses masses tuberculeuses. Un grand nombre de ganglions caséeux au niveau du hile du poumon. Rien du côté du cœur. Les deux reins contiennent de nombreuses granulations tuberculeuses.

Un petit ganglion sous cutané, extrait à gauche sous le pavillon de l'oreille, contient des bacilles tuberculeux.

C) *Tuberculose de l'appareil respiratoire — 1) Pleurésie purulente chez des tuberculeux.* — N'ayant pas fait de recherches bactériologiques nous ne leur donnerons pas le nom de pleurésies purulentes tuberculeuses, mais l'évolution de la maladie, nous dit M. Simon, paraît sensiblement la même dans les deux cas. Nous avons trois cas de pleurésie. Dans l'une la malade guérit, mais le diagnostic fut vérifié par une ponction exploratrice nous donnant environ 200 grammes de liquide séreux et par les signes d'une pleurésie gauche persistant 24 jours. Dans notre second cas, l'autopsie vérifia notre diagnostic.

Observation XVI (personnelle, inédite)

Prosper T..., 2 ans et demi, entre le 29 novembre, il est fils d'un

tuberculeux. Il aurait eu plusieurs bronchites et fluxions de poitrine. En septembre dernier il a eu sa seconde fluxion de poitrine. Depuis il tousse beaucoup, a maigri, transpire la nuit, a eu une forte diarrhée. Sa poitrine est bien conformée, pourtant le côté gauche paraît dilaté, les espaces intercostaux sont moins prononcés ; le son est faible dans la fosse sus-épineuse droite et dans toute la hauteur. Matité compacte dans toute la hauteur gauche. Souffle et retentissement de la voix dans la fosse sus-épineuse droite, nette jusqu'à la base. Respiration assez nette dans la fosse sus-épineuse gauche, le murmure respiratoire est très faible au-dessous. On entend mieux la respiration à mesure qu'on se rapproche de la colonne vertébrale. En avant la respiration est nette des deux côtés, la matité est compacte dans l'aisselle. Les bruits du cœur sont nets. T. de 38°. Le malade a de l'inappétence et de la diarrhée. Une ponction explorative faite en arrière du côté gauche nous donne du liquide séreux.

Le 3 décembre : La respiration est soufflée vers la pointe de l'omoplate à gauche et plus en dehors on n'entend plus la respiration. L'enfant n'a plus de fièvre depuis trois jours. Une ponction donne 50 grammes de pus. Les jours suivants la matité persiste dans toute la hauteur du côté gauche, mais l'enfant n'a toujours pas de fièvre. — Le 14 décembre : On incise au bistouri au niveau de l'angle de l'omoplate, il s'échappe environ 50 grammes de pus épais. Après lavage de la plèvre le liquide ressort teinté par le pus. On draine la plaie. Le lendemain à l'ouverture du pansement il s'écoule 100 grammes de pus, et on lave la plèvre avec une solution boriquée. Les jours suivants nous trouvons encore quelques gouttes de pus. — Le 17 décembre : La diarrhée redouble, l'enfant maigrit, mais tout se passe sans fièvre. — Le 22 décembre : Nous constatons de la matité dans la région inter-scapulaire, on éprouve surtout un peu de résistance au doigt à la partie gauche. La sonorité existe à l'aisselle ; on ne trouve pas de pus dans le pansement. A ce moment l'enfant a une température de 38°. — Le 24 décembre, son pouls est imperceptible, il meurt le jour même.

AUTOPSIE. — A l'ouverture du thorax, on trouve au niveau du 1/3 inférieur du poumon gauche, une certaine quantité de pus crémeux

verdâtre, et la plèvre est parfois épaissie. Ce premier foyer cesse environ vers le bord gauche du poumon où la plèvre est très adhérente jusqu'à la partie supérieure, et à 3 centimètres en arrière on trouve un autre foyer contenant très peu d'ensudat fibrino-purulent et qui correspond au point où la ponction a été faite. Quelques tubercules miliaires sont disséminés dans le lobe inférieur du poumon droit. De même du côté gauche, quelques ganglions bronchiques sont hypertrophiés. Les ganglions mésentériques sont volumineux aussi mais non caséux. Rien de particulier dans les autres organes.

Dans le troisième cas publié par notre maître, il s'agit d'une petite fille de 20 mois.

Observation XVII (Personnelle)

Née de parents indemnes de toute affection tuberculeuse, elle contracta le 22 *mai* dernier une rougeole à la suite de laquelle elle perdit l'appétit et les forces, toussa et fut amenée le 12 *juin* dans un état de cachexie profonde. Le facies était pâle, l'amaigrissement notable, la peau flasque et squammeuse, la fièvre assez vive avec exacerbations vespérales, la rate sensiblement augmentée de volume. A gauche et en avant dans toute la hauteur on constatait une matité compacte et un souffle très net sous la clavicule. En arrière et du même côté le son était faible dans les fosses sus et sous-épineuses, il existait une matité compacte à la base ainsi qu'à l'aisselle, l'auscultation faisait entendre au sommet une respiration un peu soufflée ; à partir de l'angle de l'omoplate et à l'aisselle, le silence respiratoire était complet. A droite et en avant on constatait une sonorité normale et une respiration soufflée, en arrière, la percussion et l'auscultation ne révélaient rien de particulier. Le cœur n'était pas déplacé, les bruits étaient nets et bien frappés.

Une ponction exploratrice montra qu'il s'agissait d'un épanche-

ment purulent du côté gauche, le lendemain l'opération de l'empyème donna issue à 200 grammes de pus environ. Malgré cette intervention et un drainage soigneux de la plèvre, la température se maintient élevée oscillant entre 38,8 et 39,8, la diarrhée fit son apparition, une plaque de gangrène se forma à la partie supérieure du pavillon de l'oreille droite et l'enfant succomba dans le marasme.

AUTOPSIE. — Le poumon gauche refoulé en avant et en haut était dense, ne crépitait plus et présentait une infiltration tuberculeuse confluyente du lobe supérieur, le lobe inférieur renfermait plusieurs petites excavations tuberculeuses du volume d'un pois. Quelques granulations tuberculeuses jaunâtres dans le lobe supérieur droit ; le lobe moyen était sain, le lobe inférieur congestionné, présentait des tubercules anciens en petit nombre. Les ganglions bronchiques tuméfiés et rougeâtres montraient à la surface quelques tubercules miliaires récents, la rate était volumineuse mais ne présentait pas de tubercules apparents, les autres organes y compris l'intestin avaient une apparence normale.

D'après les auteurs, la pleurésie purulente serait relativement rare chez l'enfant. Elle est très grave par contre ; Rilliet et Barthez ont vu presque toujours les tuberculeux succomber à la pleurésie purulente. Quant à nous, les deux seuls cas que nous ayons observés ont succombé.

2) *Pneumothorax.*

Observation XVIII (Personnelle)

Georgette Clément, 2 ans, toussé depuis un mois ; elle a de temps en temps de la diarrhée.

Le 17 février, son teint est pâle. Le son est plus faible dans la

fosse sus-épineuse gauche, le côté gauche paraît dilaté, surtout vers la partie inférieure. Le son paraît exagéré dans la fosse sous-épineuse gauche ; au-dessous de l'angle de l'omoplate, le son se rapproche du son normal, mais est plus bref que du côté droit. La respiration est très rude dans la fosse sus-épineuse gauche, rude et sèche dans la fosse sous-épineuse jusqu'à la base, avec quelques petits râles à l'inspiration. La toux est sèche et brève. A droite, la respiration est soufflée dans la fosse sus-épineuse, assez nette dans la fosse sous-épineuse jusqu'à la base. En avant, la pointe du cœur bat dans le 5^e espace. La submatité existe sur et sous la clavicule gauche, mais la respiration est nette à ce niveau. En avant et à droite, il y a du silence respiratoire. A ce niveau, on entend un tintement métallique très net, quand on percute en arrière avec une pièce de monnaie ; lorsque l'enfant tousse on entend ce bruit aussi. Quand on percute en avant sous la clavicule droite, le tintement métallique s'entend dans les fosses sus et sous-épineuses jusqu'à la base. On entend aussi le tintement métallique quand l'enfant respire fort. On constate de la polyadénopathie cervicale, plus marquée à gauche. Le ventre est volumineux et douloureux. A de la diarrhée. Température habituelle de 33° le soir avec une rémission de 1/2 degré le matin. N'a pas d'appétit.

Le 22 février, la respiration est soufflée avec gros râles à gauche en arrière ; les mêmes constatations à droite. La courbe thermique représente le type des courtes oscillations, entre 37° et 38°, quelquefois au-dessus de 38°. L'appétit diminue de plus en plus. La dyspnée et l'amaigrissement augmentent. — Le 20 mars, on constate de la matité dans les deux derniers espaces à droite. L'haleine est horriblement fétide. L'enfant succombe ce jour-là.

AUTOPSIE. — A l'ouverture du thorax on constate, à droite, une vaste poche constituée par la plèvre épaissie et fongueuse et contenant environ 150 gr. de pus. Le poumon est refoulé en dedans, contre le médiastin et il existe à peu près à la partie moyenne une sorte de bouchon caséeux obstruant un orifice déprimé du diamètre d'une pièce de 2 fr., qui paraît communiquer avec le poumon. En insufflant par la trachée, on constate en effet que la fistule se trouve à la partie inférieure

de cet orifice. Dans le poumon droit, on trouve une infiltration de granulations miliaires et de masses caséuses récentes et anciennes. Au niveau de la fistule est une excavation (de la grosseur d'un œuf de pigeon), dont une partie non encore ramollie est remplie de masse caséuse jaune. On constate dans le poumon gauche une infiltration miliaire du lobe supérieur avec des noyaux caséux, et une éruption discrète du lobe inférieur avec quelques tubercules anciens. Les ganglions bronchiques sont infiltrés de tubercules. Granulations tuberculeuses du foie et de la rate. Les ganglions mésentériques sont volumineux et caséux. L'intestin renferme de nombreuses ulcérations tuberculeuses.

D'après notre maître, cette évolution silencieuse du pneumothorax doit être la règle dans la tuberculose du jeune âge. Rilliet et Barthez constatent que souvent chez l'enfant, le pneumothorax peut être latent, le point de côté passe inaperçu, la dyspnée ne prend pas toujours une acuité capable d'appeler l'attention, car cette complication survient tardivement. Est-elle mortelle ? Les malades peuvent survivre plusieurs mois, d'après quelques auteurs. Pourtant des 2 malades cités par Revilliod, l'un succomba le 2^e jour, et l'autre survécut 20 jours. Quant à notre malade, elle présentait sa complication à son arrivée et mourut 6 semaines après. Rilliet et Barthez auraient vu guérir le pneumothorax chez les tuberculeux.

D) *Tuberculose ganglionnaire*. — Nous n'avons pas observé de tuberculose ganglionnaire primitive signalée par M. Guinon (1). Mais sept fois sur nos 46 cas nous avons rencontré de la micro-adénopathie. La plupart

(1) *Revue mensuelle des maladies de l'Enfance*.

du temps ces ganglions siégeaient des deux côtés du cou, dans les aisselles et les plis inguinaux. Mais nous n'y attachons pas une grande importance au point de vue du diagnostic de la tuberculose, nous rappelant les leçons de notre maître, qui nous a montré de l'adénopathie cervicale chez un enfant atteint de syphilis constitutionnelle. Cependant, dans 2 cas différents, les ganglions ont été examinés et nous avons trouvé le bacille tuberculeux.

E) *Infection tuberculeuse par abcès multiples.* — Ch. Remy (1) a indiqué une nouvelle forme de tuberculose, celle des abcès multiples disséminés sur toute la surface du corps. Ni Landouzy, ni Aviragnet n'ont indiqué cette forme. Il a publié l'observation d'un enfant de 5 mois, qui à la suite d'une mauvaise hygiène d'une part, et du mauvais état de santé d'autre part, eut successivement une dizaine d'abcès sur toute la surface du corps. Le pus à l'examen microscopique révéla l'existence de bacilles de la tuberculose. Ces abcès incisés au bistouri et irrigués au sublimé à 1/1000^e eurent une guérison lente, à l'exception de 2 qui laissent encore s'écouler du pus.

Suivent 6 autres observations du même genre.

« Il est certain qu'il s'agit d'une infection générale, car les abcès éclosent en des parties du corps très éloignées et on ne peut songer à une série d'abcès lymphangitiques tuberculeux (Lejar). » La voie de pénétration serait probablement la voie buccale.

(1) *Journal de clinique et de thérapeutique infantile* (Tuberculose du premier âge).

Dans le service des enfants, nous avons observé 3 cas analogues.

Observation XIX (personnelle, inédite)

Charles H..., 1 an 1½, tousse depuis quelques jours, a de l'inappétence et a eu de la diarrhée. A l'auscultation on n'entend que quelques râles disséminés. Au-dessus de la clavicule on aperçoit un abcès froid. Plus bas, sur la poitrine, on voit quelques cicatrices d'abcès guéris. Il n'a pas de fièvre, ainsi que les jours suivants. Seulement huit jours après on constate 2 nouveaux abcès, l'un à la partie latérale du cou, l'autre à la partie inférieure de la partie lombaire. L'amaigrissement est considérable, et il existe de la submatité dans les fosses sus et sous-épineuses avec râles sous crépitants sans souffle. Ajoutons à cela un épanchement ascitique abdominal. Ces abcès guérissent, mais douze jours après l'enfant succombe ; l'autopsie nous révèle une tuberculose récente et généralisée.

Observation XX (personnelle, inédite, résumée)

Chez un autre enfant de 14 mois nous avons constaté pendant une dizaine de jours des abcès répandus sur tout le corps ; l'enfant meurt, et nous trouvons une infiltration tuberculeuse du poumon gauche, une hypertrophie des ganglions bronchiques et une infiltration tuberculeuse du foie et de l'intestin qui présentait quelques ulcérations des plaques de Peyer aux environs de la valvule.

Observation XXI (personnelle, inédite)

Germaine H..., 2 ans 1½, entre à l'hôpital le 9 mars 1893. Depuis sa naissance a eu 3 bronchites successives et un eczéma généralisé qui

a mis un mois à guérir. Elle n'a pas d'antécédents héréditaires. On nous l'amène parce qu'elle a de l'inappétence et qu'elle tousse un peu. L'enfant a été élevée dans des conditions hygiéniques défectueuses. Pourtant la respiration et la sonorité sont normales en avant et en arrière, bien qu'elle ait une petite toux sèche. Le facies est pâle. L'enfant n'a pas de diarrhée. — Le 13 mars, nous apercevons un abcès froid au niveau de la paroi postérieure du creux de l'aisselle ; puis le 1^{er} mai, nouvel abcès au-dessous de l'œil droit. Egalement au niveau de la face dorsale de la main droite. Mais rien du côté de l'appareil respiratoire. — Le 8 mai apparaissait un abcès au niveau de la paupière de l'œil gauche. On ouvre les abcès, qui continuent à suppurer, malgré les pansements antiseptiques qui les recouvrent constamment, et malgré les lavages de la plaie avec une solution boriquée. — Le 17 juillet il s'est formé aussi un abcès au niveau de la tempe gauche, l'appétit est toujours diminué, mais elle n'a pas de diarrhée. — Le 22 juillet l'appétit est meilleur, les abcès au niveau des yeux se cicatrisent. Mais au-dessus de l'abcès de la tempe, il s'en est formé un autre. Des abcès se montrent également au niveau de la face dorsale et supérieure du pied gauche, au niveau de la partie inférieure du tibia gauche. L'enfant ne tousse plus et on ne constate rien à l'auscultation. Ces abcès continuent à suppurer malgré tous les pansements, et l'on fait entrer la malade à la Maison de Secours.

Au mois d'août la sonorité paraît plus obscure au niveau des deux fosses sus-épineuses, mais la respiration était normale. L'enfant revue en décembre présentait les deux abcès des yeux à peu près fermés, celui de la tempe est cicatrisé, mais les autres suppurent encore un peu.

Mais alors voici ce que nous constatons du côté de l'appareil respiratoire : en avant rien d'anormal, la sonorité est obscure dans les deux fosses sus-épineuses, ainsi que dans les fosses sous-épineuses, et la respiration était nettement soufflée aux deux sommets. L'enfant se nourrit bien et n'a pas de diarrhée. Cet état persiste encore en janvier 1894.

L'examen bactériologique du pus nous révéla la pré-

sence du bacille tuberculeux. Ces abcès renfermaient un pus crèmeux épais, verdâtre, à stries sanguinolentes, et, comme le dit Ch. Remy, « leur évolution rappelle celle des gommes tuberculeuses, ils débutent par une petite induration arrondie. Ils peuvent donner de la fièvre et amener la perte de l'appétit, du sommeil et de l'embonpoint. Ce serait donc bien une nouvelle forme d'infection tuberculeuse.

F) *Tuberculose des os.* — En novembre 1892, nous avons observé un cas d'ostéopériostite pour lequel nous avons eu recours à la méthode sclérogène de Lannelongue avec succès.

Observation XXII (Personnelle) (1)

Louis D..., 7 ans, fils d'un père tuberculeux, ayant perdu trois frères et sœurs de méningite, présentant lui-même des cicatrices anciennes d'apparence scrofuluse, entre pour une ostéite tuberculeuse du condyle interne de l'humérus gauche. Il existe à ce niveau une plaie fongueuse du diamètre d'une pièce de 20 centimes, profonde d'environ un centimètre et au fond de laquelle le stylet tombe sur une surface osseuse dénudée. Une première injection de chlorure de zinc au dixième (seringue de Pravaz) détermina une vive douleur et un léger gonflement inflammatoire de la région, qui disparut rapidement; trois autres injections furent faites à quelques jours de distance et vingt jours après le début, la cicatrisation était complète. L'enfant revu trois mois plus tard ne présentait aucune tendance à la récurrence.

(1) *Conférence clinique* par P. Simon, page 145.

Nous avons observé également à la Clinique des enfants une petite fille de 7 ans, présentant plusieurs ulcérations crâniennes.

Observation XXIII (Personnelle) (1)

Céline W... est fille d'un père mort il y a 4 ans d'un mal de Pott, avec abcès par congestion; de ses trois frères et sœurs, l'un est mort à six semaines d'une fluxion de poitrine, un autre à neuf ans de convulsions, le troisième à treize mois d'une granulie. Elle tousse depuis trois ans et présente depuis la même époque un mal de Pott de la région dorsale. L'enfant présente de nombreuses cicatrices scrofulo-tuberculeuses au devant des oreilles, au-dessous du maxillaire inférieur à la partie supérieure du bras gauche, une ostéo-périostite tuberculeuse du condyle interne de l'humérus droit, enfin des craquements humides sous la clavicule gauche et des râles sous-crépitaux dans les fosses sus et sous-épineuses droites, indices d'une tuberculose pulmonaire. Mais sa lésion principale est crânienne. En effet, au niveau de la partie supérieure gauche de l'os frontal, on constate une ulcération arrondie, comme taillée à l'emporte-pièce, mesurant environ le diamètre d'une pièce de 5 francs, à bords légèrement saillants et dont le fond était constitué par l'os lui-même, dénudé, rugueux, un peu irrégulier à la surface, et recouvert par places d'un tissu fongueux gris rosé. Cet os ne présente ni ostéophytes, ni hyperostoses, et le bourrelet saillant périphérique est constitué exclusivement par les parties molles tuméfiées. A un centimètre en arrière de cette première ulcération, et toujours sur le frontal, il en existait une seconde de même caractère, mais plus petite, de la dimension d'une pièce de 50 centimes, séparée de la première par un lambeau entassé, décollé, de sorte que les deux ulcérations

(1) Citée dans les Conférences cliniques de M. Simon, page 119.

n'en formaient en réalité qu'une seule ; le fond de cette deuxième ulcération était couvert de fongosités en avant seulement, l'os était nu et cette dénudation faisait suite à la lésion osseuse décrite précédemment. Une troisième ulcération, également arrondie, de la dimension d'une pièce de un franc, existait à l'angle du pariétal gauche ; enfin on en constatait une dernière vers la moitié supérieure gauche de l'écaille de l'occipital ; celle-ci était déjà en partie cicatrisée. Sur un point seulement le stylet rencontrait une surface osseuse dénudée. Actuellement, après huit mois de traitement, sans intervention chirurgicale et sans élimination d'aucun sequestre osseux, les deux ulcérations antérieures sont en voie de cicatrisation. Quant aux deux ulcérations postérieures, elles sont complètement guéries.

Nous étions bien en présence d'une tuberculose du crâne, affection très peu connue jusque dans ces dernières années. De l'avis de tous les auteurs, cette affection est peu commune, bien qu'il en existe aujourd'hui un certain nombre d'observations.

G) *Méningite tuberculeuse*. — Onze cas de méningites tuberculeuses ont passé dans le service, avec dix décès. Toutes ces autopsies étudiées en détail prouvent qu'en vertu de la généralisation des lésions, la méningite tuberculeuse n'est le plus souvent qu'un épisode d'une tuberculisation miliaire plus ou moins généralisée, ensuite que la méningite tuberculeuse n'est pas la localisation initiale du bacille tuberculeux, puisque l'on retrouve le plus souvent des lésions des poumons, des ganglions bronchiques ou mésentériques évidemment plus anciennes.

A propos de notre onzième observation, nous citerons les conclusions que Cadet de Gassicourt donne à la suite de son chapitre sur la guérison des méningites.

1° Il existe des méningites dont les symptômes sont

identiques à ceux de la méningite tuberculeuse miliaire et qui sont susceptibles de guérison.

2° Ces méningites ne sont pas, selon toute apparence, des méningites tuberculeuses miliaires.

3° Ce ne sont pas non plus des méningites aiguës idiopathiques, maladies dont la réalité est d'ailleurs fort contestable,

4° Ce sont des méningites développées autour de tumeurs tuberculeuses, de gommes syphilitiques, de scléroses cérébrales, de néoplasmes de diverses natures.

Cadet de Gassicourt a fait précéder ces conclusions, d'observations personnelles et d'observations empruntées aux auteurs (1), Cheyne, Abercrombie, Jahn, Røser, Rilliet, Trousseau. Rilliet principalement a démontré que ses cas de guérison existaient bien chez des enfants manifestement tuberculeux. West cite aussi un cas de guérison de méningite tuberculeuse. Millard a vu également des symptômes de méningite se terminer par la guérison chez un tuberculeux. Enfin, Cadet de Gassicourt à l'appui de sa 4° conclusion (surtout pour les méningites d'origine tuberculeuse), cite l'exemple (2) d'un enfant qui eût à plusieurs reprises des phénomènes de méningites, puis il succomba à la diphtérie. L'autopsie démontra l'existence de granulations tuberculeuses dans la scissure de Sylvius et d'une tumeur à la partie inférieure du lobe gauche du cervelet ; autour de cette tumeur manifestement tubercu-

(1) *Traité clinique des maladies de l'Enfance*. t. III, p. 555.

(2) *Loc. citat.*, p. 577.

leuse, les méninges épaissies avaient les caractères d'une inflammation ancienne.

Barthéz et Sanné (1) nous disent aussi que la guérison de la méningite tuberculeuse est possible, à condition que les lésions soient très circonscrites, et qu'elles aient une marche subaigüe, ce qui arrive quand elles accompagnent la formation d'un noyau de tubercules encéphaliques. Il y aura, ajoutent-ils, probabilité de tuberculose quand les antécédents du sujet feront découvrir dans sa santé quelque tuberculose locale.

L'observation que nous allons citer, est celle d'un enfant, sans antécédents héréditaires, mais qui pourtant paraissait être tuberculeux au moment où ont apparu les symptômes de méningite.

Observation XXIV (personnelle, inédite)

Eugène H... 12 ans, a eu une fluxion de poitrine et une pleurésie, a beaucoup maigri, transpirait la nuit. Il y a 2 mois, s'est plaint de maux de tête, de ventre et de lassitude dans tous les membres. Le 12 mars dernier a eu de la tendance à la constipation, n'a plus eu d'appétit, Il avait de la fièvre, une vive agitation, poussait des cris hydrencéphaliques. Au bout de 10 jours, ces phénomènes disparaissent. Le 12 avril il se plaint de nouveau de maux de tête, il a des vomissements et de la constipation. Il n'a pas beaucoup d'appétit, mais sa respiration paraît nette. 15 avril. — Ses pupilles sont égales et dilatées, il n'a pas poussé de cris hydrencéphaliques. T. $\frac{37,4}{36,5}$. Pouls $\frac{100}{80}$. Notre malade, après

(1) *Traité clinique des Maladies des Enfants* (3^e édition), tome III, p. 1024.

avoir pris 30 centigrammes de calomel, a eu une selle hier. Le ventre est plat, légèrement sensible à la pression. Il n'a toujours pas d'appétit.

17 avril. — Pouls régulier, 72. T. 36. La pupille droite paraît un peu plus dilatée que la gauche. La force musculaire est conservée. Les phénomènes du genou sont très marqués des deux côtés. Il n'a pas de troubles de la sensibilité. Mais le son est encore un peu plus faible sous la clavicule droite et au premier espace ; la respiration est pourtant assez nette en avant. On constate de la matité dans la fosse sus-épineuse droite, le son est moins ample dans la fosse sous-épineuse, mais la sonorité existe aux bases. La respiration est soufflée avec retentissement de la voix à la partie interne de la fosse sus-épineuse droite et dans l'espace interscapulaire. Partout ailleurs, la respiration est nette. Le 20 avril, notre malade ne présente plus aucun symptôme de méningite et les selles sont régulières. La température est hyponormale, et le sujet sort bien portant le 12 avril.

Nous pouvons classer cette observation parmi les cas de tubercules cérébraux.

H) *Tubercules cérébraux*. — Nous avons observé un cas de ce genre :

Observation XXV

Une petite fille de 3 ans 1½, à la suite de rougeole et sans aucun prodrome, présenta une série d'attaques convulsives générales auxquelles succéda une hémiplegie droite complète, mais transitoire. L'autopsie révéla la présence dans le lobe sphénoïdal gauche du cerveau d'une masse tuberculeuse du volume d'un œuf de poule et un noyau semblable, de la grosseur d'une noisette, dans le lobe droit du cervelet.

CHAPITRE II

Maladies du cœur

DEUX CAS D'ENDOCARDITE CHEZ DES RHUMATISANTS

Dans le cours de cette année nous n'avons observé que deux cas de maladie acquises du cœur. Elles sont toutes deux d'origine rhumatismale. C'est bien là la cause principale, et la plus fréquente des maladies du cœur chez l'enfant (1).

A) *Lésion cardiaque passagère.* — Dans la première de nos observations, la lésion a été passagère ; notre malade présenta le 4^e jour d'une attaque rhumatismale, une endocardite dont les signes persistèrent 5 jours environ, puis le rhumatisme suivit son cours sans autre complication pour guérir à peu près après un mois de durée.

(1) *Traité clinique des maladies de l'enfance*, tome II (page 91).

Observation XXVI résumée (personnelle, inédite)

Pierre L .., 10 ans, a déjà eu 4 attaques de rhumatisme. Il entre le 16 février avec des douleurs dans les articulations des membres inférieurs, avec un léger œdème de ces régions. Mais les bruits du cœur sont normaux. Sa température est de 39° le soir et 38° le matin. — Le 20 février les douleurs et l'œdème apparaissent au niveau des membres supérieurs, et les bruits du cœur sont précipités, le premier bruit à la pointe est en outre sourd et mal frappé. A ce moment la température baisse insensiblement et finit par atteindre 38° le 23 février et s'y maintenir les jours suivants. A l'auscultation du cœur, on constate alors un souffle doux à la pointe et au premier temps, mais il n'existe pas de frottement péricardique. Ce souffle persiste jusqu'au 26 février, en ce jour les bruits de cœur sont nets. Les douleurs articulaires diminuent et à partir du commencement de mars la température se maintient aux environs de 37°. L'enfant sort guéri le 20 mars, sans avoir présenté une nouvelle fois de souffle au premier temps de la pointe.

Nous avons eu affaire à une endocardite rhumatismale. D'après le dire des auteurs, c'est bien l'endocarde, surtout l'endocarde de la valvule mitrale qui est ordinairement atteint dans le rhumatisme. En outre l'endocarde chez notre malade a été encore plus légèrement touché, que ne l'indiquent Cadet de Gassicourt et Royer.

B) *Lésion cardiaque persistante*. — La lésion passagère de l'endocarde est rare, plus ordinairement le souffle survit au rhumatisme, et la lésion sans attendre une nouvelle attaque de rhumatisme s'installe définitivement sur une ou plusieurs valvules. Il peut s'y joindre un certain degré d'hypertrophie cardiaque qui porte presque exclusivement

sur le ventricule gauche. Si la lésion n'est pas trop avancée, nous dit Cadet de Gassicourt, elle peut encore guérir, nous n'avons pas constaté ce heureux résultat chez notre malade que nous avons d'ailleurs perdue de vue. Du reste la possibilité de la guérison de cette lésion est un fait généralement reconnu par les auteurs.

Observation XXVII (personnelle, inédite)

Louise B..., 10 ans, a eu un rhumatisme articulaire à 6 ans pendant six mois, et à ce moment aurait déjà eu une lésion du côté du cœur, depuis l'enfant a eu constamment des battements de cœur. A plusieurs reprises la jeune fille a eu de nouvelles attaques de rhumatisme.

Il y a trois semaines elle a eu des maux de tête et de ventre et des nausées. A son entrée, le 13 mai on constate un facies pâle. La pointe du cœur bat au 6^e espace en dehors du mamelon. On sent un frémissement présystolique à ce niveau. A l'auscultation, on entend un souffle présystolique et systolique à la pointe. Le pouls est petit. L'enfant urine peu, mais elle n'a pas d'œdème des membres inférieurs, ni de douleurs articulaires. On ne trouve pas d'albumine dans les urines. Plusieurs potions de digitale augmentent la quantité des urines, mais la lésion du cœur persiste. — Le 26 mai on observe un retrait de la paroi à chaque pulsation au niveau de la pointe du cœur. On perçoit un souffle rude prolongé à la pointe se propageant vers l'aisselle.

Pendant le reste du séjour de l'enfant à l'hôpital la quantité des urines a des oscillations, mais les symptômes cardiaques persistent. Pourtant le repos au lit fait du bien à la malade, lors de sa sortie de l'hôpital, le 16 juin, l'enfant n'est pas guérie de sa lésion cardiaque, mais son état général est meilleur.

CHAPITRE III

Maladies de l'appareil respiratoire

I. — PNEUMONIE

1° AGE. — 14 fois sur 16 l'âge de nos malades nous a été connu ; ils se répartissent de la façon suivante :

A 16 mois.....	1 cas.
A 19 mois.....	1 »
De 2 1/2 à 5 ans.....	6 »
A 7 ans.....	2 »
De 10 à 12 ans.....	4 »

Plus de la moitié de nos cas se rapportent donc à des enfants de moins de 6 ans. C'est l'opinion généralement adoptée.

2° SIÈGE. — La pneumonie a siégé 6 fois à gauche et 10 fois à droite, dont 3 fois au sommet. Ces chiffres se rapprochent de celui de Rillet et Barthez, qui admettent que la pneumonie est deux fois plus fréquente à droite

qu'à gauche. Cadet de Gassicourt a trouvé au contraire une égalité presque complète entre les deux côtés. D'Espine et Picot partagent cette opinion. Mais comme nous, M. Simon a trouvé une prédominance à droite.

Nos 3 pneumonies du sommet siégeaient à droite ; Rilliet et Barthez ont établi cette fréquence à droite. Cadet de Gassicourt l'a admise aussi, seulement sa proportion est moindre, sur 22 cas il en a trouvé 8 à gauche et 16 à droite. Quant à son élève Revilliod, sur 22 pneumonies, il a vu 3 pneumonies du sommet droit, et 4 à gauche.

3° MORTALITÉ. — Nos 16 malades ont tous guéri. C'est un fait bien en rapport avec les opinions des auteurs. Cadet de Gassicourt n'a constaté qu'un décès sur 70 malades. Rilliet et Barthez avouent aussi que les autopsies d'enfants morts de pneumonie sont rares et Revilliod n'a pas eu de décès à constater sur 21 cas.

1) *Début*. — 16 de nos malades ont présenté une pneumonie franche. Nous diagnostiquons une pneumonie franche commune (1) quand le début se fait en pleine santé brusquement, que la température est élevée et se maintient telle avec des rémissions matinales peu prononcées, que la lésion est bien limitée, et qu'il n'existe pas en dehors d'elle d'autres signes stéthoscopiques dans la poitrine, que la matité est complète, que la défervescence se fait par crise et ne dépasse pas le 15^e jour.

Le début est marqué par des frissons, de la fièvre,

(1) *Annales de la clinique des Enfants* (p. 21).

un point de côté, du délire, de la céphalalgie, des vomissements, de la diarrhée ou de la constipation. Ces phénomènes sont plus ou moins fréquents, il n'en est qu'un seul que nous ayions observé constamment, c'est l'élévation de la température qui monte brusquement à 2 ou 3 degrés au-dessus de la moyenne.

Pour Cadet de Gassicourt, le symptôme le plus fréquent, en dehors de la fièvre, est le point de côté, il l'aurait rencontré dans la moitié des cas malgré la difficulté de sa constatation. Nous ne l'avons rencontré que 6 fois sur 16 cas, il est vrai que certains malades n'entraient que le 4^e ou le 5^e jour de leur maladie, et les renseignements étaient la plupart du temps incomplets. Revilliod l'a noté 13 fois sur 21 observations.

Nous avons rencontré nettement 6 fois les frissons dans nos 16 cas, c'est à peu près le chiffre de Revilliod, 8 fois sur 24 cas.

Dans nos 16 observations, 6 fois nous avons noté de la diarrhée au début, 2 fois de la constipation, 2 fois des vomissements. Les vomissements accompagnaient une fois la diarrhée, une autre fois la constipation. Revilliod avait trouvé aussi la diarrhée plus fréquente que la constipation. Rilliet et Barthez nous donnent la diarrhée et les vomissements comme apparaissant dans la moitié des cas.

2) *Fièvre*. — La température qui monte dès le 1^{er} jour, reste élevée, puis tombe brusquement du 7^e au 14^e jour. La défervescence la plus habituelle chez nos malades a été celle du 7^e jour ; pour Cadet de Gassicourt, les chiffres les plus ordinaires ont été ceux du 6^e, 7^e et 8^e jour, de même pour Rilliet et Barthez ; la durée moyenne pour Picot

et d'Espine est de 6 à 7 jours. La défervescence la plus fréquente a été la défervescence brusque, 4 fois nous avons noté une défervescence lente en 36 heures, et dans 3 cas nous avons vu une défervescence en lysis.

3) *Durée de la résolution.* — La défervescence opérée, les symptômes pulmonaires persistent encore quelques jours. Cadet de Gassicourt n'a pas trouvé de prolongation moindre de 2 jours, ni supérieure à 10; effectivement nous avons observé pour la persistance de ces symptômes une moyenne de 3 à 6 jours. Mais dans un cas les symptômes ont persisté très longtemps :

Observation XXVIII (Personnelle, inédite)

Lucie R..., 3 ans, entre le 14 janvier. Il y a deux jours la maladie a débuté brusquement dans le milieu de la nuit; elle a eu de la fièvre et des accès de toux pendant deux heures. Le lendemain, elle avait des frissons, puis une douleur de côté. Elle n'a pas eu de vomissements, mais est constipée depuis huit jours. Aujourd'hui matin, la toux est rauque, la température est de 38°4, mais la langue est humide, bien que saburrale. On constate de la matité à gauche, depuis l'angle de l'omoplate jusqu'à la base; à ce niveau, on entend du souffle et de gros râles sous-crépitants. Le son est tympanique et bref sous la clavicule gauche, jusqu'au 3^e espace, mais la respiration est normale.

Le 19 janvier, la matité existe toujours, on entend des râles sous-crépitants dans la première partie de la fesse sous-épineuse gauche, et un souffle aigu, un peu nasonné, au-dessous jusqu'à la base. La fièvre est tombée.

Le 21 janvier, on entend du souffle et des râles sous-crépitants au niveau de la matité, dans la hauteur gauche à partir de l'angle de

l'omoplate. Son état général est bon, mais les signes à l'auscultation persistent encore lors de sa sortie le 6 février.

Elle rentre le 18 février, pour une blépharo-conjonctuite, et ces mêmes signes existent encore.

Le 5 juillet, elle revient une seconde fois ; il y a deux jours, l'enfant a eu des vomissements, de la fièvre et a toussé. A la percussion, on constate de la submatité à la hauteur gauche, et l'on entend encore du souffle et des râles sous-crépitants. L'enfant a eu successivement, durant jours, une température de 40,5. Le 6 juillet, défervescence en 24 heures, mais à sa sortie, le 16 juillet, les symptômes physiques existent encore.

Rilliet et Barthez indiquent cette longue persistance comme très rare.

4) *Particularités*. — Nous n'avons pas eu de complication à enregistrer. Seulement, dans nos trois cas de pneumonie du sommet, les malades ont présenté de l'agitation, du délire, l'un âgé de 4 ans 1/2 a même eu des convulsions, telle a été aussi la remarque faite par Revilliod.

II. — BRONCHO-PNEUMONIE.

19 enfants ont été atteints de broncho-pneumonie d'origines multiples, et si nous y ajoutons les 12 cas de rougeoles compliquées de broncho-pneumonie, nous aurons un total de 31 cas.

Bien que cette affection soit particulièrement spéciale

aux enfants (1), elle ne nous arrêtera pas longtemps, car nos observations n'ont présenté aucune particularité.

Pourtant nous croyons devoir dire quelques mots sur l'étiologie, car ce point présente un certain intérêt; nous terminerons le paragraphe en indiquant notre chiffre de mortalité.

Avec Netter nous remarquerons chez les enfants une prédisposition très nette à cet ordre d'inflammation pulmonaire, prédisposition qui tient d'une part à la sensibilité spéciale de l'appareil bronchique, de l'autre à la vulnérabilité des alvéoles pulmonaires chez des sujets débilités.

A) *Etiologie.* — La broncho-pneumonie peut succéder à une bronchite simple aiguë primitive, le cas s'est présenté 6 fois sur 31 de nos malades. Nous avons constaté également de la broncho-pneumonie chez 5 enfants débilités par une diarrhée, datant, soit de 2 mois, soit de quelques jours, et accompagnée de 3 cas de bronchite.

Mais le plus grand nombre des broncho-pneumonies surviennent au cours des bronchites secondaires qui dépendent de maladies spécifiques très diverses (Netter) (2). Au premier rang de ces maladies chez nos sujets se place la rougeole. 12 cas de broncho-pneumonies lui ont été consécutives. D'après Rilliet et Barthez, le cas le plus fréquent d'apparition de la broncho-pneumonie serait celui de son existence au début de la période d'éruption, nous l'avons notée 7 fois sur 12. Dans 2 cas elle n'a apparu que dans

(1) Netter, art. broncho-pneumonie in *Traité de Médecine* (Charcot et Bouchard), page 933.

(2) *Loc. citat.*, page 935.

le cours de la convalescence, 15 à 20 jours après le début de l'éruption, comme l'a indiqué Michel Lévy.

Nous ne pouvons citer qu'un cas de broncho-pneumonie consécutif à la coqueluche. Enfin une fois elle a compliqué une variole grave.

6 de nos fièvres typhoïdes ont été accompagnées également de broncho-pneumonie.

B) *Quelques symptômes.* — La brusquerie et la solennité de la pneumonie lobaire nous l'a toujours fait distinguer de la broncho-pneumonie, qui se caractérise par son début insidieux, ses symptômes moins nombreux et moins tranchés, sa marche moins régulière et sa terminaison plus lente.

Une fièvre régulièrement ascendante, quelques frissonnements, une gêne respiratoire augmentant peu à peu, tels sont les symptômes qui nous ont annoncé habituellement l'invasion du mal. Seulement la dyspnée est plus forte ici que dans la pneumonie, la toux est pénible, mais l'expectoration manque. Dans un cas pourtant un point de côté a persisté 8 jours, tandis que les autres malades n'accusaient qu'une douleur diffuse souvent bilatérale.

C) *Mortalité.* — Enfin notre mortalité a été de 11 sur 31 cas. Comparée aux statistiques suivantes (1) :

Bouchut . . .	33	sur	53
Bartels	29	—	67
Barrier	48	—	61
Steffen	35	—	66

(1) *Loc. citat.*, page 952.

elle paraît inférieure, mais elle se rapproche de celle de : Ziemssen, 36 sur 98.

III. — UN CAS D'ADÉNOPATHIE BRONCHIQUE SIMPLE

Nous avons observé un cas d'adénopathie bronchique simple

Observation XXIX (Personnelle, inédite)

Paul M..., âgé de 9 ans, entre le 3 novembre 1892 sans antécédents héréditaires. Il a toujours été souffrant avant l'âge de 4 ans, la mère nous dit qu'à ce moment il toussait un peu. La mère nous rappelle l'existence d'une coqueluche chez son enfant, il y a cinq ans ; cette affection aurait été suivie d'une bronchite. Depuis, l'enfant tousse toutes les nuits par quinte ; certains jours, ces accès sont si forts qu'il est forcé de rester couché. Son entourage prétend qu'à la suite de ces quintes il expulsait des crachats tantôt verts, tantôt blancs ; il devenait bleu et cyanosé.

A son entrée, on constate un facies pâle et une dilatation des veines du cou.

Son cœur droit est dilaté ; la pointe du cœur bat en dedans du mamelon dans le 6^e espace intercostal. Le pouls est irrégulier et petit, 68.

A l'inspection de la poitrine, on remarque qu'elle est bombée. La sonorité est un peu tympanique en avant, à ce niveau, la respiration est rude et sèche (emphysème).

En arrière, il existe de la matité de chaque côté et en dehors de la colonne vertébrale, au niveau de la bifurcation des bronches.

La zone de matité est plus prononcée à droite et le doigt éprouve une plus grande résistance.

A l'auscultation, la respiration est bronchique à ce niveau et l'on trouve un retentissement très net de la voix. La dyspnée est forte, mais l'enfant n'a pas eu de quintes depuis son entrée. L'appétit est conservé et l'on ne trouve pas de signes de tuberculose. Rien de particulier dans le reste de l'appareil respiratoire.

Nous lui donnons un gramme d'iodure de potassium par jour, et on lui applique de la teinture d'iode au niveau de la zone mate.

Six jours après son entrée, l'enfant a eu enfin des quintes de toux dans la nuit et dans la journée. Ces quintes durent quelques minutes, elles sont douloureuses, et suivies d'accès d'étouffements.

Le lendemain, 10 novembre, nouvelles quintes. Il n'y a pas d'expectoration. La voix est rauque de temps en temps. Les signes physiques persistent.

Le 24 novembre, la zone de matité et le souffle paraissent diminués.

Le 2 décembre, il a eu de nouveaux accès d'étouffements et nous avons constaté qu'à la suite de ses quintes de la cyanose de la face. L'infirmière ajoute que, pendant la nuit, sa respiration est bruyante ; mais il n'a pas encore eu d'expectoration depuis son entrée.

Le 5 décembre, le nombre des quintes a diminué ; il persiste encore une zone un peu moins sonore de chaque côté de la colonne vertébrale, au niveau de la bifurcation des bronches. La respiration n'est plus que légèrement soufflée, et il n'y a plus de retentissement de la voix.

L'enfant sort le 8 décembre, présentant quelque amélioration. Depuis il n'est pas venu se représenter.

Depuis les travaux de Gueneau de Mussy et l'excellente thèse de Baréty, l'adénopathie jusque là assez mal connue est entrée dans le domaine classique. Des leçons récentes de Jules Simon sont venues éclaircir cette ques-

tion. Enfin le docteur Geffrier d'Orléans (1) faisait paraître en novembre 1892 un article sur l'adénopathie bronchique chez les nouveau-nés.

D'après les leçons d'un maître éminent, Jules Simon et surtout d'après Baréty, nous savons quel compte considérable on doit tenir, dans l'enfance, de l'engorgement des ganglions lymphatiques qui se trouvent au voisinage du hile du poumon. Ils ont démontré que cette adénopathie se produisait secondairement à presque toutes les irritations broncho-pulmonaires intenses, comme dans la coqueluche, la rougeole, la diphtérie, mais aussi qu'elle pouvait exister soit à l'état aigu, soit à l'état chronique.

Cadet de Gassicourt croit que Gueneau de Mussy et Baréty se sont laissés entraîner au-delà de la réalité. Pour lui seulement on ne peut constater cliniquement que l'adénopathie d'origine tuberculeuse et il nie l'existence clinique d'une adénopathie d'origine inflammatoire congestive. Pourtant dans notre observation le petit malade est sans antécédents héréditaires, a une bonne santé en dehors des accès, a bon appétit. Chez lui, nous enregistrons effectivement une coqueluche antérieure, et cette coqueluche fut suivie des phénomènes que nous avons relatés. Nous pourrions dire que cette affection a été le point de départ de l'adénopathie bronchique, comme nous l'a fait supposer notre maître, M. P. Simon, lors de l'examen du petit malade.

La toux de notre malade était rauque, mais sans

(1) *Revue mensuelle des maladies de l'Enfance*, 1893.

expectoration, bien que la mère ait prétendu en avoir observé.

Cette constatation est celle du docteur Geffrier qui n'a rencontré d'expectoration que dans quelques cas rares. Il a remarqué aussi, comme nous l'avons vu dans notre observation, que la submatité est le plus souvent accentuée du côté droit.

Gueneau de Mussy et Baréty ont noté ce défaut d'élasticité sous le doigt de la main gauche qui sert de plessimètre, défaut d'élasticité que nous avons constaté aussi. Le docteur Geffrier nous donne comme raison de plus grande fréquence des symptômes de compression ganglionnaire à droite, la résistance que la crosse de l'aorte à gauche offre au développement des ganglions. A l'appui de cette opinion, il présente une autopsie. Ce même auteur a conseillé, comme nous l'avons d'ailleurs fait pour notre malade, d'employer des révulsifs, et de donner de l'iodure de potassium à l'intérieur.

Nous ajouterons en outre que cette adénopathie bronchique était passée à l'état chronique. Car l'histoire du malade, et son état à la sortie de l'hôpital nous montrent qu'il avait des alternatives de tranquillité et d'accès.

CHAPITRE IV

Maladies de l'appareil digestif

1. — DILATATION D'ESTOMAC

Nous avons remarqué un cas très intéressant de dilatation d'estomac chez un enfant de 7 ans 1/2 :

Observation XXX (Personnelle) (1)

Hubert P..., 7 ans 1/2, entre le 20 juillet dans le service. Il n'a pas d'antécédents héréditaires, ni d'antécédents personnels pouvant avoir quelques rapports avec l'affection actuelle. La mère nous dit seulement que l'enfant avait constamment une soif ardente, et qu'il la satisfaisait sans mesure ; il buvait soit du vin, soit de l'eau, à n'importe quelle heure de la journée. Il y a 15 jours, l'enfant a vomi toute la nuit, après n'avoir pourtant fait qu'une légère collation la veille. Son entourage crut d'abord à une indigestion, mais à partir de ce moment l'enfant a vomi constamment. Malgré ces vomissements, l'appétit n'était pas diminué ; l'enfant aurait mangé volontiers mais ses parents le mirent à la diète. Il a de la tendance à la constipation et a beaucoup maigri

(1) Citée par M. Simon, *in journal de clinique et thérapeutique infantiles*, jeudi, 25 janvier, 1894.

depuis ces vomissements. L'enfant ne se plaint pas de maux de tête. La langue est saburrale ; à la percussion, l'estomac semble descendre jusqu'à l'ombilic. L'on ne note rien de particulier à la palpation de l'abdomen. La sensibilité au contact et à la douleur persiste. L'enfant n'a pas vomi depuis qu'il est ici, et il n'a pas eu de selles depuis hier. Le foie ne déborde pas.

Il ne présente rien de particulier du côté de l'appareil respiratoire.

Sa température est normale et les bruits du cœur sont nets. On le met au régime : bouillon, œuf et gelée de viande.

22 juillet : Hier il allait bien, aurait pris son œuf, mais ce matin il a vomi la contenance d'un vase de nuit. Les vomissements sont assez liquides et bilieux. L'enfant ne se plaint pas. La langue est saburrale. Le ventre est souple et indolore, on ne constate pas de clapotement stomacal ; la sonorité stomacale descend jusqu'à l'ombilic. Il n'a pas eu de selles, malgré un lavement. On essaie la suggestion, l'enfant a un sommeil hypnotique du premier degré, pendant lequel on perçoit quelques gargouillements dans l'estomac. Nouveaux vomissements le lendemain, mais l'enfant a eu une sellemoulée. Second sommeil hypnotique.

24 juillet : L'enfant a vomi deux fois ce matin, les vomissements sont bilieux. Le petit malade a eu également des douleurs d'estomac assez vives. Nous changeons de tactique et nous abandonnons l'hypnotisme pour employer les lavages d'estomac. Il sort une grande quantité de liquide verdâtre par le tube de Faucher, puis après plusieurs lavages avec de l'eau de Vichy, elle sort à peu près claire. La langue est nette après le lavage. On ne lui donne que du lait.

25 juillet : L'enfant s'est plaint hier toute l'après-dîner. Léger vomissement ce matin. Par le lavage d'estomac on obtient un liquide qui n'est plus verdâtre, mais jaune sale.

Le *26 juillet* l'enfant n'a pas vomi, il a été gai et n'a pas eu de douleurs. Il a pris du lait et du champagne. Après un premier lavage l'eau ressort claire. Les trois jours suivants on continue les lavages d'estomac. Il commence à manger un œuf, du bouillon, de la gelée de viande, du lait avec de l'eau de Vichy, et l'enfant ne vomit plus. Mais l'estomac est encore dilaté, il descend encore jusqu'à l'ombilic.

Le 10 août on lui fait un quinzième lavage d'estomac, l'eau ressort claire, il ne vomit plus, a de l'appétit, mange du poulet, a même essayé de prendre du vin ; mais l'estomac est toujours dilaté et l'enfant quitte l'hôpital.

Le 17 août l'enfant revient se faire examiner. Le meilleur état persiste. Le convalescent mange de mieux en mieux, les selles sont régulières ; il n'a pas de nausées. On ne perçoit pas de bruit de gargouillement, mais l'estomac descend toujours jusqu'à l'ombilic. Nous lui faisons son seizième lavage d'estomac et l'enfant depuis a été perdu de vue.

Dans cette observation, il est un symptôme qui s'est montré persistant, ce sont les vomissements, et pourtant Rilliet et Barthez les notent comme assez rares. L'enfant a eu une constipation rebelle, comme ces deux derniers en ont rencontré habituellement chez les enfants assez âgés. Nous n'avons pas observé la diminution complète de la dilatation de l'estomac, bien qu'une hygiène très sévère telle que celle que nous avons fait suivre, puisse permettre à l'élasticité des plans musculaires de reprendre le dessus.

Enfin rappelons que les lavages d'estomac nous ont parfaitement réussi, et que secondés par un régime sévère, ils ont fait disparaître les troubles fonctionnels.

II. — DYSENTERIE

Nous avons rencontré également un cas de dysenterie

chez un enfant de 6 ans 1½ qui succomba le 12^e jour de sa maladie :

Observation XXXI (personnelle, inédite)

E. R..., 6 ans 1½, entré le 22 juillet. Elle n'a pas d'antécédents héréditaires et n'a jamais été malade.

Le 17 juillet l'enfant aurait mangé des fruits, le lendemain elle a eu des crampes, des coliques suivies de selles diarrhéiques. Ses douleurs étaient très fortes, et l'enfant ne pouvait quitter le bassin tellement ses envies de déféquer étaient fréquentes. Elles n'a pas de maux de tête, ni d'appétit, mais une soif ardente. Depuis hier, 27 juillet, on a constaté la présence de sang dans les selles. L'enfant a constamment des selles diarrhéiques et sanguinolentes. T. $\frac{38}{37}$.

Elle est amaigrie mais le teint est encore assez coloré.

La sonorité stomacale descend jusqu'à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. L'enfant a des douleurs particulièrement dans la fosse iliaque gauche, elle a eu des vomissements hier, et huit selles dans les 24 heures. Les selles sont sanguinolentes, quand elles reposent elles forment deux dépôts, l'un inférieur verdâtre, l'autre supérieur à grains riziformes. On ne constate rien du côté de l'appareil respiratoire. Nous prescrivons le régime lacté, une potion avec 4 gr. de bismuth et 5 gr. de laudanum. Le même état persiste les jours suivants.

Le 24 juillet, on change de traitement, et on lui donne 15 gr. de sulfate de soude pendant 2 jours.

Le 25 juillet, les selles sont moins fétides et moins abondantes. Mais pas d'autre changement, à part une température qui se maintient aux environs de 37°.

Le 28 juillet les selles ont changé d'aspect, elles ne sont plus sanguinolentes et ne renferment plus de grains riziformes, mais on y aperçoit encore un dépôt verdâtre. La malade a les traits tirés et la figure très amaigrie. On lui donne des lavements laudanisés.

Le 29 juillet la malade est plus calme que les autres jours, mais elle n'a pas voulu prendre de nourriture hier soir. Elle n'a pas eu de vomissements, ni de sang dans les selles. Vers 10 heures le même soir elle perd connaissance et meurt. L'autopsie a été refusée.

CHAPITRE V

Maladies du système nerveux

Dans le service il s'est présenté 4 cas d'épilepsie, seulement ces enfants, pendant, pendant leur court séjour, n'ont pas eu de crises. Huit paralysies infantiles sont venues se faire électriser régulièrement, mais n'ont présenté qu'une légère amélioration. 4 de nos enfants ont été atteint de chorée, mais sans complication sérieuse. Nous ne citerons que 3 cas intéressants d'hystérie chez des petites filles, en y ajoutant une autopsie d'un garçon atteint d'hydrocéphalie congénitale.

1. — HYDROCÉPHALIE CONGÉNITALE AVEC PORENCÉPHALIE

Cet enfant séjournait depuis quelque temps à la Maison

de Secours, quand il vint à l'hôpital civil pour une variole à laquelle il succomba :

Observation XXXII (persennelle, inédite)

Emile L..., 3 ans, est un enfant intelligent, mais sans mémoire ; il n'a jamais présenté de paralysie, et marche bien. Il présente une tête volumineuse et disproportionnée. L'enfant succombe à une variole, voici quelles sont les lésions que nous découvrons l'autopsie.

Cerveau. — Le corps calleux n'existe plus, il est représenté par une membrane fibreuse, la partie antérieure seule existe sous forme d'un tractus transversal blanc. Le bourrelet postérieur est également reconnaissable. La voûte fait donc défaut. Du côté de l'hémisphère gauche le corps calleux se prolonge sous forme d'une membrane qui recouvre la voûte du ventricule latéral contenant une grande quantité de liquide. Au-dessus du corps calleux (toujours à gauche) se trouve une cavité volumineuse tapissée par une membrane lisse (du volume d'un œuf de poule) et contenant du liquide. L'aqueduc de Sylvius est très dilaté, rien de semblable du côté droit, où l'on reconnaît nettement le corps calleux formant la voûte du ventricule latéral. L'hémisphère gauche est du reste plus long, plus volumineux que l'hémisphère droit. Les méninges se décortiquent facilement, les circonvolutions sont nettes et n'offrent rien d'anormal. Le cervelet est normal. Les parois du crâne sont amincies, mais assez dures. Rien de particulier dans les autres organes, à part un noyau de broncho-pneumonie à la partie supérieure du lobe inférieur du poumon gauche.

II. — PLUSIEURS CAS D'HYSTÉRIE

Lepois en 1618 signalait déjà la fréquence de l'hystérie

chez les enfants, et en juillet 1890 Grancher (1) déclarait cette affection très commune dans l'enfance.

Nous allons citer en entier 3 cas assez intéressants d'hystérie :

Observation XXXIII (Personnelle)

Louise L..., 11 ans, a un père rhumatisant, et un frère qui a eu la chorée, ses deux autres frères sont bien portants. Il y a trois mois à la suite d'une contrariété, l'enfant a eu une crise nerveuse, depuis ces crises sont rappelées par la moindre émotion : la petite tombe à terre sans pousser de cri et se raidit en arc de cercle appuyée sur la tête et les talons, puis surviennent des convulsions dans les membres, la malade se roule sur le dos de côté et d'autre, et au bout d'un instant la crise est terminée. L'enfant n'est pas réglée, ne présente aucun trouble de la sensibilité générale et spéciale à part un peu d'anesthésie pharyngienne. Elle est un peu impressionnable.

La guérison fut rapide par l'isolement et la suggestion. Au bout de trois mois, elle eut une rechute qui guérit par les mêmes moyens.

Observation XXXIV (Personnelle, inédite)

Mathilde M..., 11 ans, entre le 1^{er} décembre 1892. Ses antécédents héréditaires sont assez intéressants. Le père est très nerveux, se met facilement en colère et d'après les renseignements qui nous sont donnés, serait un hystérique qui aurait des crises de temps en temps.

(1) Médecine Infantile ; *Bulletin médical*, juillet 1890.

Du reste les sœurs du père ont des crises assez habituelles à propos de contrariétés. La mère est très nerveuse aussi, pleure facilement, se met souvent en colère, mais n'a jamais eu de crises.

Depuis 6 mois notre petite malade a changé de caractère, s'impatiente contre ses frères et sœurs, ne peut entendre de réprimandes de sa mère sans bouder. Depuis elle ne s'applique plus en classe, se met facilement en colère, rira ou pleurera successivement sans motif, elle ne peut rester tranquillement assise.

Elle se plaint de maux dans le côté gauche ; quelquefois l'enfant a eu une sensation de boule lui montant à la gorge, et à ce moment elle aurait un peu de dyspnée pendant quelques instants. La jeune fille a ces sensations 2 ou 3 fois par jour, mais régulièrement tous les jours. Elle a aussi une petite toux nerveuse. Grande tendance à la constipation.

La sensation de strangulation au niveau du pharynx est tellement forte depuis trois semaines, que l'enfant s'imagine avoir avalé une pièce de 50 centimes qui est arrêtée au niveau du pharynx. Ajoutons que la petite a déjà été fortement impressionnée par les crises hystériques de sa tante.

ETAT ACTUEL. — Facies pâle, digestion facile, selles régulières. Le ventre est insensible. L'on trouve pourtant une légère sensibilité à la palpation au niveau des ovaires. L'enfant est très impressionnable, très suggestible. Elle est constamment agitée. La sensibilité générale est normale. Les reflexes du genou sont exagérés. Mais l'acuité visuelle est normale. La jeune fille n'est pas réglée.

Depuis son entrée, l'enfant est moins agitée, le changement du milieu a agi sur elle, et pendant les 8 jours de séjour à l'hôpital, elle n'a pas eu de sensation de boule.

Nous n'avons pas revu l'enfant depuis sa sortie.

Observation XXXV (Personnelle, inédite)

Valentine M..., 10 ans, entre le 23 février, 1893. Dans ses antécé-

dents héréditaires, nous trouvons une mère nerveuse, et un frère qui a eu des convulsions à l'âge de 4 ans.

Depuis deux mois, l'enfant se plaint de maux de tête et de ventre ; l'appétit est conservé, et les selles sont régulières. La semaine la petite fille a eu des sensations de striction à la gorge, une sensation de boule, mais elle n'accuse pas de vertiges.

ETAT ACTUEL. — L'enfant a un tempéramment lymphatiques, sa langue est nette, elle a bon appétit, mais n'a pas eu de selles depuis 3 jours. Notre jeune fille n'est pas réglée. Elle se plaint de maux de ventre, elle indique le niveau des ovaires comme point de ses douleurs. Mais en ce moment, des pressions répétées ne la font pas souffrir. Les reflexes du genou sont conservés. Le champ visuel est légèrement diminué ainsi que la sensibilité. Un peu d'anesthésie du pharynx. L'enfant pleure et rit facilement, se met facilement en colère. En traçant quelques lignes avec l'ongle sur la peau du dos, ces lignes prennent une coloration rouge et persistent quelques instants.

8 mars. — Hier dans la matinée, la jeune fille a eu la sensation de boule, cette boule, partie du creux épigastrique, serait remontée jusqu'au niveau du larynx et l'enfant aurait eu à ce moment une sensation de striction. Elle aurait cette sensation pour la seconde fois depuis 8 jours, mais cette sensation ne durerait que quelques instants.

2 mars. — Elle aurait encore eu une sensation de striction à la gorge ce matin.

L'enfant ne veut suivre aucun traitement et sort du service.

Nous ne ferons que quelques remarques sur l'étiologie. Relativement à l'âge, 2 de nos malades avaient 11 ans, l'autre 10 ans ; c'est bien d'après l'avis des auteurs, l'époque ordinaire où l'on constate les premiers symptômes de l'hystérie.

Nous n'avons pas eu la chance d'observer d'enfants

aussi jeunes que ceux de Briquet (1) qui cite 3 cas chez des enfants de 2 à 3 ans.

Dans un cas (observation XXXIII) dans lequel nous avons pu recueillir tous les détails, nous trouvons des antécédents nettement héréditaires ; chez nos 2 autres cas, à renseignements incomplets, nous pouvons pourtant signaler chez l'une, une mère nerveuse, chez l'autre, un frère choréïque.

Enfin, dans l'observation XXXII, nous avons noté comme agent provocateur, les émotions vives, une contrariété, fait bien établi par Guinon (2).

(1) *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie.*

(2) *Agents provocateurs de l'hystérie, in Progrès médical. 1889.*

POST-FACE

En terminant ce travail, il nous paraît intéressant de mettre sous les yeux du lecteur le total des malades soignés (du 1^{er} novembre 1892 au 31 octobre 1893) dans le service. Ce tableau complète notre travail, et donne une idée de l'activité de la clinique.

Nous avons observé à l'hôpital 400 malades, se répartissant de la manière suivante :

	NOMBRE	GUÉRIS	ÉTAT stationnaire	MORTS
MALADIES INFECTIEUSES				
Fièvre typhoïde.....	45	44		1
Erysipèle.....	4	4		
Eczéma.....	5	2	3	
Rougeole.....	35	28		7
Diphthérie.....	7	3		4
Variole.....	5	4		1
Varicelle.....	8	8		
Scarlatine.....	12	10		2
Coqueluche.....	7	6		1
Grippe.....	17	16		1
Rhumatisme articulaire....	2	1	1	
A REPORTER....	147	126	4	17

	NOMBRE	GUÉRIS	ÉTAT stationnaire	MORTS
REPORT.....	147	126	4	17
TUBERCULOSE				
Tuberculose pulmonaire.	23		16	7
Ostéite tuberculeuse.....	4	1	3	
Abcès froids.....	3		1	2
Granulie.....	4			4
Pneumothorax.....	1			1
Laryngite.....	1		1	
Méningite.....	11		1	10
Entérite.....	2		2	
SYPHILIS.....	7	4		3
MALADIES CONSTITUTIONNELLES				
Anémie.....	6	6		
Scrofule..	5	3	2	
Rachitisme.	12		12	
MALADIES DU CŒUR				
Endocardite.....	2	1	1	
MALADIES DES VOIES URINAIRES				
Cystite.....	4	4		
Prostatite.....	1		1	
Vulvo-vaginite.....	4	4		
Phimosis.....	1		1	
MALADIES DE L'APPAREIL RESPI- RATOIRE				
Laryngite..	7	7		
Bronchite.	53	50		3
Broncho-pneumonie.....	19	14		5
Pneumonie.....	16	14		2
Pleurésie simple.....	1	1		
Pleurésie purulente.....	2			2
MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF				
Angine simple....	6	6		
Gastrite et dilatation d'estomac.	8	8		
Diarrhée et entérite.....	17	16		1
Dysenterie.....	1			1
Athrepsie.....	12		3	9
MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX				
Epilepsie.....	4		4	
Hystérie.....	3	2	1	
Chorée ...	4	2	2	
Paralyse infantile.....	8		8	
Tumeur cérébrale.....	1		1	
TOTAUX	400	269	64	67

Nous avons soigné en outre, à la Maison départementale de secours, service des maladies chroniques, 156 maladies comprenant, 67 cas d'eczéma et de gale compliquée, 15 cas de teigne tondante, 12 cas de teigne faveuse, 7 cas de pelade, 1 cas de psoriasis, 7 cas de lupus, 2 cas d'hydrocéphalie, 2 cas de chorée, 2 cas d'épilepsie, 7 cas d'idiotie, 8 cas de paralysie infantile, 8 cas d'ostéite tuberculeux, 12 cas de scrofule, 3 cas de rachitisme, 2 cas de syphilis, enfin, 1 cas de rhumatisme noueux.

Vu par le Président de thèse,

Nancy, le 22 janvier 1894.

P. SPILLMANN.

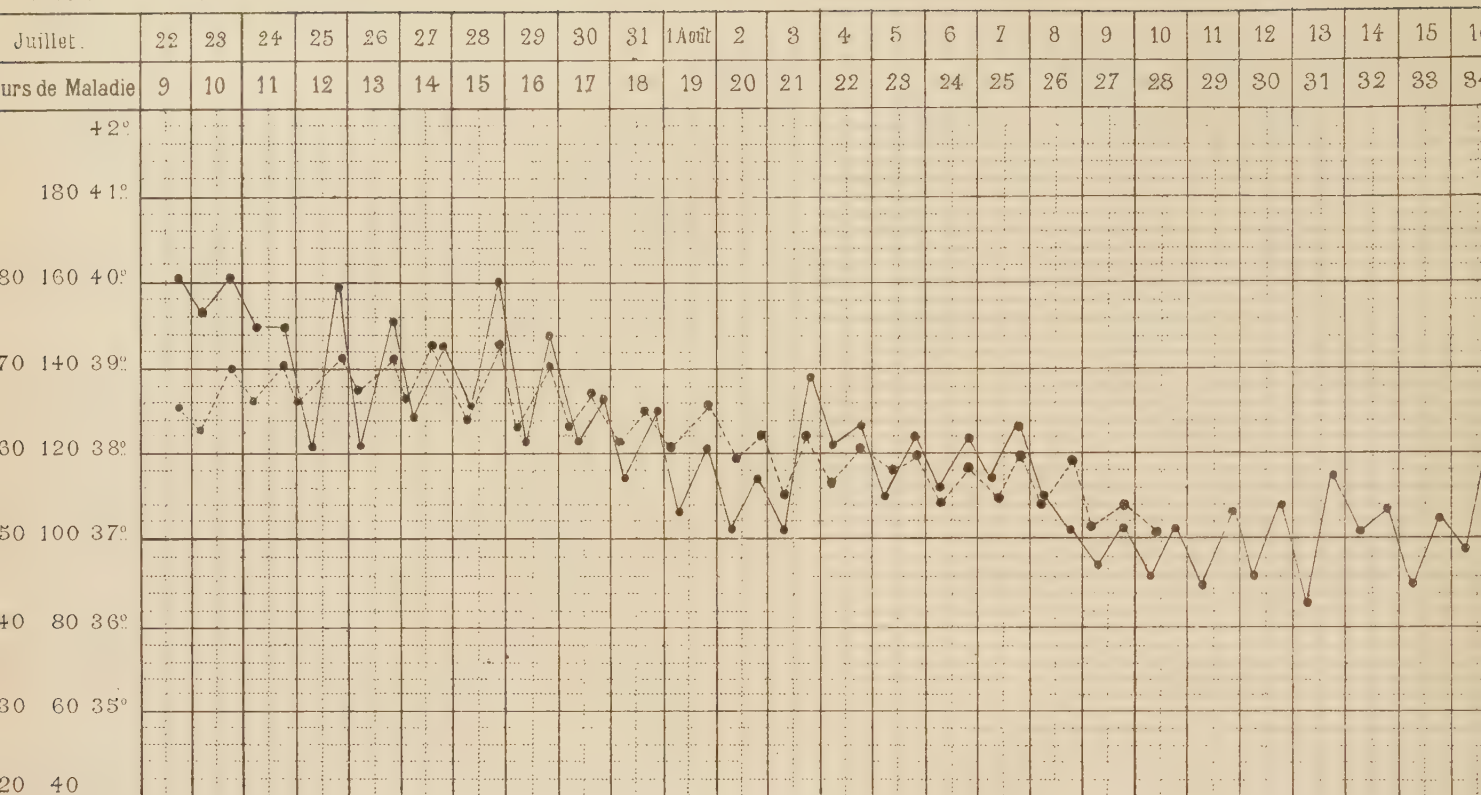
Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 22 janvier 1894.

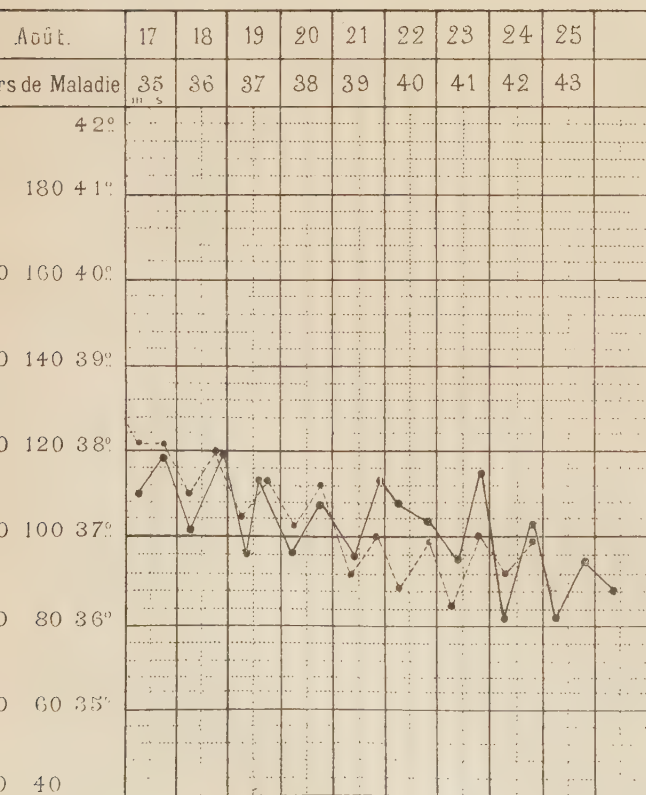
Le Recteur,

A. GASQUET.

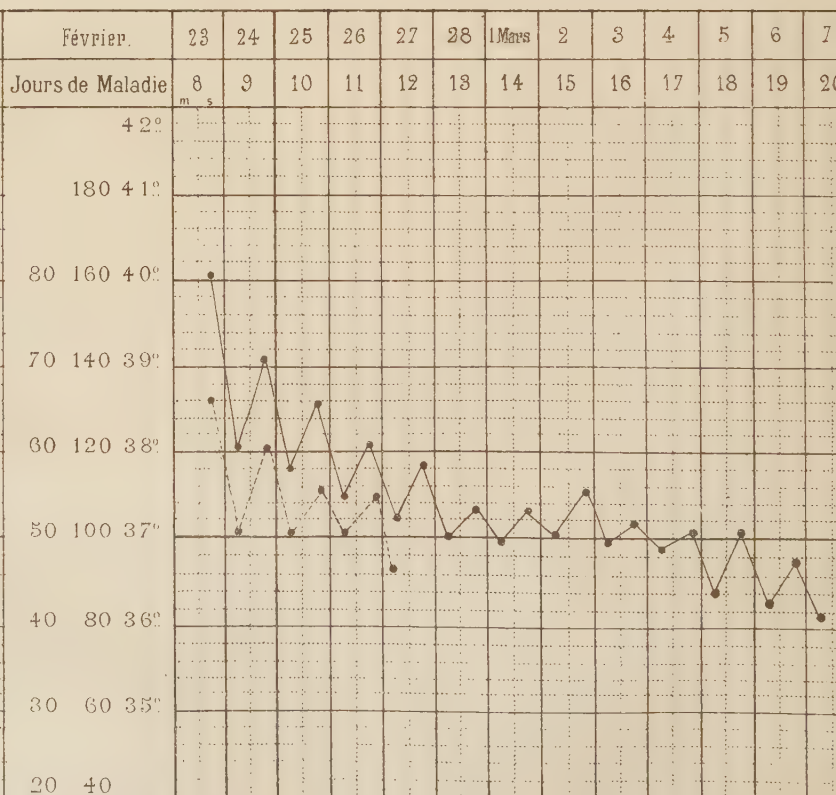
Observation I Tracé N°1



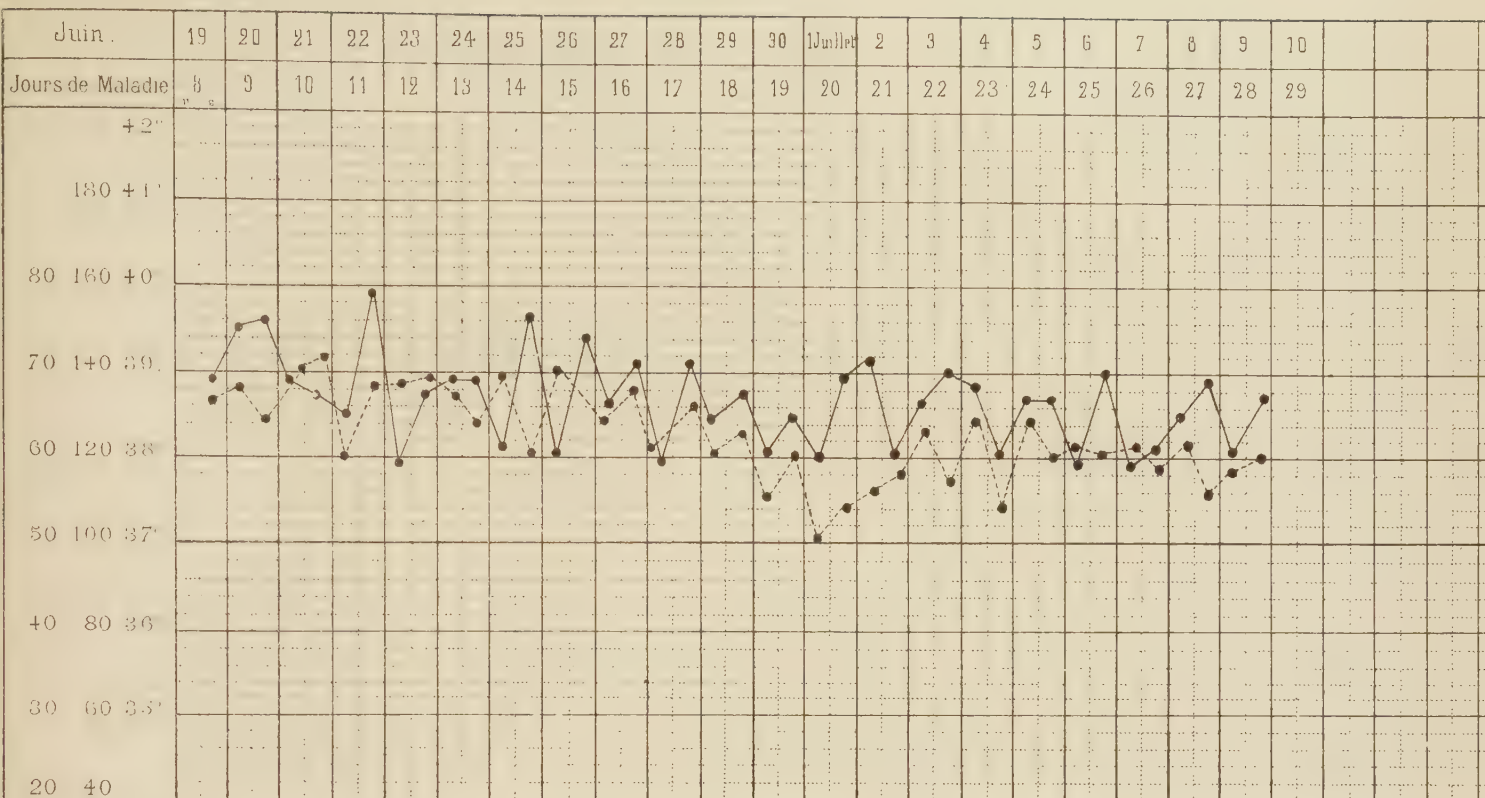
Observation I Tracé N°1 (Suite)



Observation VI Tracé N°7

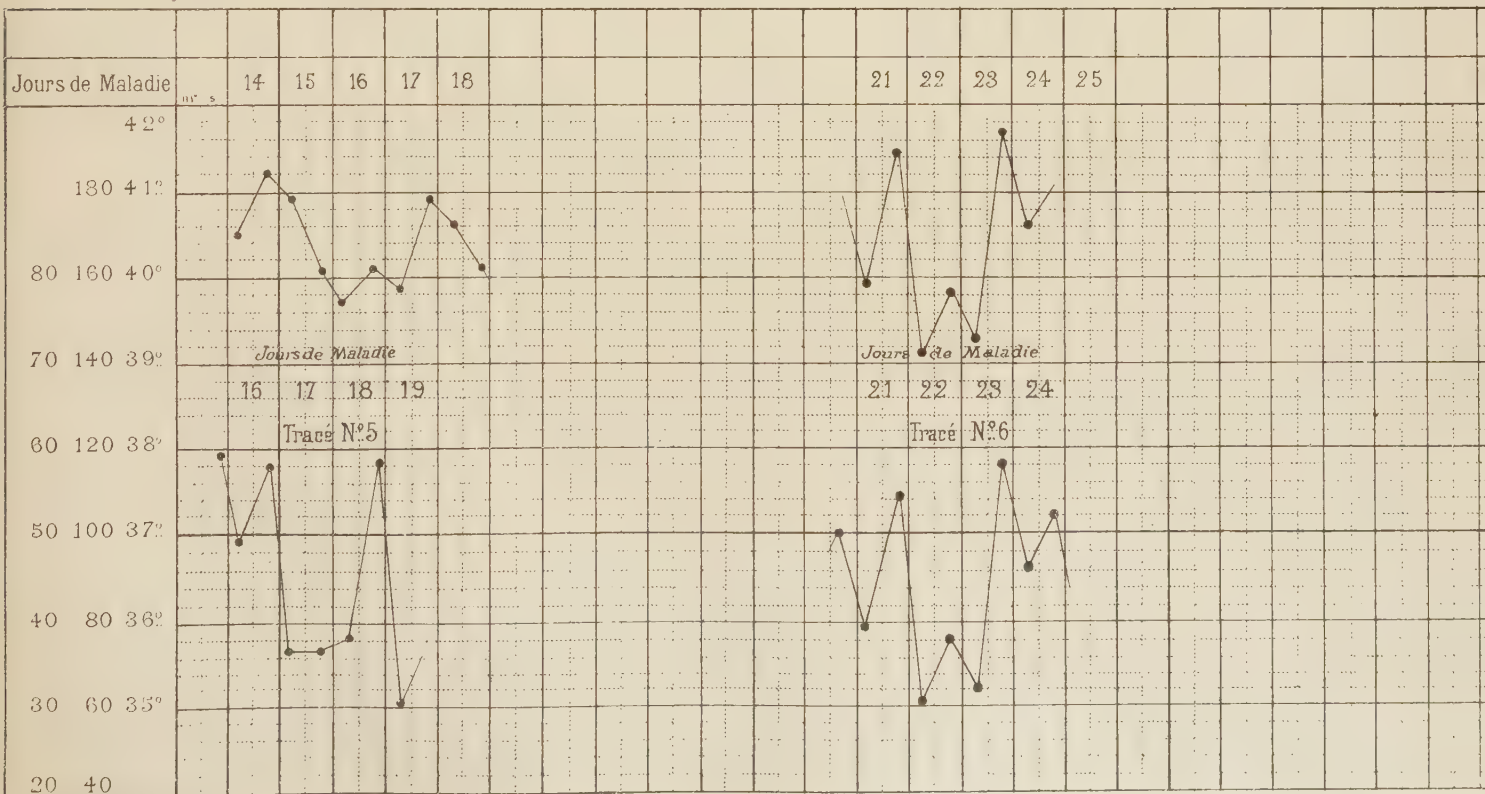


Observation II. Tracé N°2



Stade amphihole Tracé N°3

Tracé N°4



BIBLIOGRAPHIE

- REVILLIOD. — (Thèse 1886, Paris). — *Notes cliniques sur quelques maladies de l'Enfant.*
-
- STOEBER. — *Gazette médicale de Strasbourg. Année 1841.*
- G. TOURDES. — id. id. id. 1846.
- id. id. id. 1848.
- Revue médicale de l'Est (1874 à 1894).*
- P. SIMON. — *Annales de la Clinique des maladies de l'Enfance. In Revue médicale de l'Est, année 1893.*
- VOUILLEMIN. — *Considérations sur 36 cas de fièvre typhoïde infantile.* (Thèse 1892, Nancy.)
- BERNHEIM. — *Leçons de clinique médicale.* (Paris, 1877.)
- WUNDERLICH. — *Température dans les maladies.*
- CADET DE GASSICOURT. — *Traité clinique des maladies de l'Enfance.* (Paris 1880.)
- André MOUSSOUS. — *Recueil de leçons cliniques sur les maladies de l'Enfance.* (Bordeaux, 1893.)
- RILLIET et BARTHEZ. — *Traité clinique et pratique des maladies des enfants* (3^e édition).
- BAGINSKY. — *Traité des maladies des Enfants* (Paris, 1892).
- PICOT et D'ESPINE. — *Manuel pratique des maladies de l'Enfance* (Paris, 1889).

- CHARCOT-BOUCHARD et BRISSAUD — *Traité de Médecine*.
- P. SIMON. — *Conférences cliniques sur la Tuberculose des Enfants* (1893).
- DESCROIZILLES. — *Traité élémentaire de pathologie et de clinique infantile*.
- GUINON. — *Tuberculose ganglionnaire primitive. In Revue mensuelle des maladies de l'Enfance* (année 1893).
- CH. REMY. — *Tuberculose du premier âge, in Journal de Clinique et de thérapeutique infantiles* (22 novembre 1893).
- GEFFRIER. — *Adénopathie bronchique chez les nouveau-nés. In Revue mensuelle des maladies de l'Enfance* (novembre 1892.)
- GRANCHER. — *Médecine infantile. Bulletin médical* (juillet 1890).
- GILLES DE LA TOURETTE. — *Traité de l'hystérie* (1891).
- BRIQUET. — *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*.
- GEORGET. — *Dictionnaire de médecine, article Hystérie*.
- PITRES. — *Hystérie et Hypnotisme* (1891).
- GRASSET. — *Traité pratique des maladies du système nerveux*.
- GUINON. — *Agents provocateurs de l'hystérie, in Progrès médical* (1889)
-

TABLE DES MATIÈRES

	PAGES
PRÉFACE	1
INTRODUCTION.	3
LA CLINIQUE DES ENFANTS A STRASBOURG ET A NANCY	3
CHAPITRE I	9
MALADIES INFECTIEUSES.	9
1 ^o Fièvre typhoïde.	9
2 ^o Rougeole.	32
3 ^o Scarlatine.	34
4 ^o Tuberculose.	39
CHAPITRE II.	63
MALADIES DU CŒUR.	63
2 cas d'endocardite chez des rhumatisants.	63
Lésion cardiaque passagère.	63
Lésion cardiaque persistante.	64
CHAPITRE III.	67
MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE	67
1 ^o Pneumonie	67
2 ^o Broncho-pneumonie.	71
3 ^o Un cas d'adénopathie bronchique simple.	74
CHAPITRE IV.	79
MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF.	79
1 ^o Dilatation d'estomac.	79
2 ^o Un cas de dysenterie.	81

	PAGES
CHAPITRE V.	85
MALADIES DU SYSTEME NERVEUX	85
1 ^o Hydrocéphalie congénitale.	85
2 ^o Plusieurs cas d'hystérie.	86
POST-FACE.	91
BIBLIOGRAPHIE.	95

